



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO TECNOLÓGICO
DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO E SISTEMAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE
PRODUÇÃO

SIMONE DA SILVA

**ACIDENTES EM SERVIÇO OCORRIDOS NA SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA: ANÁLISE DE
RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS**

Florianópolis
2014

Simone da Silva

**ACIDENTES EM SERVIÇO OCORRIDOS NA SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA: ANÁLISE DE
RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do Grau de Mestre em Engenharia de Produção.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Vera Lúcia Duarte do Valle Pereira.

Co-orientador: Prof. Dr. Waldemar Pacheco Júnior.

Florianópolis
2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Silva, Simone

Acidentes em serviço ocorridos na Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina : análise de relação entre variáveis / Simone Silva ; orientadora, Vera Lúcia Duarte do Valle Pereira ; co-orientador, Waldemar Pacheco Júnior. - Florianópolis, SC, 2014.

200 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Tecnológico. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção.

Inclui referências

1. Engenharia de Produção. 2. Acidente de trabalho. 3. Serviço público. 4. Serviços de saúde. 5. Análise de variáveis. I. Duarte do Valle Pereira, Vera Lúcia. II. Pacheco Júnior, Waldemar. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. IV. Título.

Simone da Silva

**ACIDENTES EM SERVIÇO OCORRIDOS NA SECRETARIA DE
ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA: ANÁLISE DE
RELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS**

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de Mestre em Engenharia de Produção, e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 13 de maio de 2014.

Prof.^a. Lucila Maria de Souza Campos, Dr.^a.
Coordenadora do Curso

Banca Examinadora:

Prof.^a. Vera Lúcia Duarte do Valle Pereira, Dr.^a.
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina

Prof. Waldemar Pacheco Júnior, Dr.
Co-Orientador
Universidade Federal de Santa Catarina

Sybele Maria Segala da Cruz, Dr.^a.
Membro

Izabel Carolina Martins Campos, Dr.^a.
Membro

Dedico este trabalho aos funcionários públicos estaduais de Santa Catarina, em especial aos profissionais que exercem suas atividades laborais na Secretaria de Estado da Saúde, que, apesar de contarem com o apoio da legislação vigente, em sua grande maioria, encontram-se desamparados no que se refere à Segurança do Trabalho, mantendo-se, porém, fiéis ao seu dever maior que é servir a população catarinense.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que, em meio ao poder de nosso livre arbítrio, nos indica o caminho.

Aos meus pais, pelo apoio e exemplo de força de vontade e persistência.

À Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), que disponibiliza o ensino de excelência à sociedade e viabilizou minha formação em nível de graduação e pós-graduação.

Ao Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção (PPGEP), assim como aos professores a ele vinculados, por suas contribuições na disseminação do conhecimento e produção do saber.

À professora Vera Lúcia Duarte do Valle Pereira, minha orientadora, pela história entre nós construída, pela oportunidade que, por ela, me foi dada, pela seriedade dispensada na orientação deste estudo e, finalmente, por servir de fonte de estímulo e motivação no desenvolvimento da ideia.

Ao professor Waldemar Pacheco Júnior, meu co-orientador, pela atenção e direcionamento dados.

A todos os colegas que conheci por intermédio do PPGEP, em especial aos demais orientados pela professora Vera, pelas conversas, momentos e aprendizado, dentro e fora de sala de aula.

À Secretaria de Estado da Administração (SEA), mais especificamente à Diretoria de Saúde do Servidor (DSAS) e à Gerência de Controle de Benefícios (GECOB), representados pelo Diretor de Saúde do Servidor Paulo Roberto Coelho Pinto e pela Gerente de Controle de Benefícios Jane Cardoso de Bittencourt Cunha, por terem permitido e incentivado o acesso aos dados e a evolução da pesquisa.

Aos inúmeros colegas de trabalho, pelo interesse e incentivo contínuo, muitas vezes inesperado e de efeito motivador grandioso.

A todos aqueles que, direta ou indiretamente, participaram da minha vida ao longo desta jornada, pela compreensão nos momentos de ausência, e que também merecem o mérito por mais esta conquista.

“Buscar a saúde é questão não só de sobrevivência,
mas de qualificação da existência.”
(Boaventura de Souza Santos, 1987).

RESUMO

SILVA, S. Acidentes em serviço ocorridos na Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina: análise de relação entre variáveis. 2014. 192p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção e Sistemas)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

Esta pesquisa teve como objetivo identificar as relações existentes entre as variáveis das Comunicações Estaduais de Acidente em Serviço da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Utilizou o positivismo como base filosófica e os métodos descritivo e indutivo, sendo classificada como de natureza qualitativa e de tipificação exploratória e descritiva. Quanto à profundidade e amplitude, tratou-se de um estudo de caso. Foi utilizada a técnica de coleta de dados instrumental, por meio da obtenção de dados secundários provenientes de formulários e processos físicos do ano de 2001 a 2012, assim como a técnica documental, por meio de levantamento bibliográfico. Quanto ao tratamento de dados, procedeu-se a organização dos mesmos considerando categorização, codificação e tabulação. Desse modo, foi criada uma nomenclatura para classificação, agrupamento e organização das variáveis mais importantes a serem utilizadas no estudo. O processo de análise de dados foi dividido em duas partes: análises univariadas e análises bivariadas. Na primeira parte, foi realizada uma análise descritiva das variáveis, por meio de distribuição de frequências com percentagens e, no caso das variáveis quantitativas, foram calculadas medidas descritivas de tendência central e de dispersão. Na segunda parte, quando relacionadas duas variáveis quantitativas, foi calculado o Coeficiente de Correlação; quando relacionadas duas variáveis qualitativas, foi utilizado o teste de associação Qui-quadrado e calculado o Coeficiente de Contingência; e quando relacionadas uma variável quantitativa e uma qualitativa, foram calculadas as medidas descritivas da variável quantitativa em cada categoria da qualitativa. Como resultados da análise univariada, destaca-se que maior parte dos acidentados considerados é do sexo feminino (81,1%) e tem como nível de formação predominante o ensino médio/profissionalizante (51,7%). O exercício profissional da amostra estudada ocorre, predominantemente, na Unidade Regional de Florianópolis (68,5%), sendo as funções mais recorrentes as ligadas à área de enfermagem (65,3%). Em relação aos acidentes, o típico é o tipo de acidente predominante (87,0%) e, pela avaliação inicial de gravidade, o acidente mais recorrente é o leve (67%). Os acidentes aconteceram, na sua grande maioria, quando os servidores estavam executando atividades inerentes à sua função (72,4%), sendo o principal agente causador as

agulhas (29,8%), a fonte causadora da lesão a categoria parte pontiaguda ou afiada de objeto (37,5%) e a natureza da lesão a categoria perfuração (35,2%). A parte do corpo mais atingida foi o dedo da mão (29,21%), e 80,0% das lesões apresentadas são relativas ao Capítulo XIX – Lesões, Envenenamento e Outras Consequências de Causas Externas. Como resultado da análise bivariada, identificou-se a correlação forte e positiva entre as variáveis quantitativas idade e o tempo de serviço. As associações mais fortes entre as variáveis qualitativas, por sua vez, ocorrem entre a variável agente causador do acidente e as variáveis forma de contato, fonte causadora da lesão e natureza da lesão (Coeficientes de Contingência de 0,868, 0,941 e 0,794, respectivamente), entre a variável forma de contato com as variáveis fonte causadora da lesão e natureza da lesão (Coeficientes de Contingência de 0,901 e 0,815, respectivamente), e entre a variável fonte causadora da lesão e natureza da lesão (Coeficiente de Contingência de 0,883). Por fim, foi identificado que, quando considerada a variável quantitativa idade, as maiores médias são referentes às categorias de estado civil viúvo (49,98 anos), nível de formação fundamental incompleto (48,56 anos) e acidentes avaliados como graves (49,77 anos). Já em relação à variável quantitativa tempo de serviço, as maiores médias são referentes às categorias estado civil união estável e viúvos (ambos com 16,12 anos), nível de formação fundamental incompleto (16,58 anos), atuantes na unidade regional de Joaçaba (17,25 anos) e acidentes avaliados como graves (19,32 anos). Considerando as variáveis de forma isolada, concluiu-se que os acidentes que mais ocorrem envolvem profissionais de enfermagem e materiais perfurocortantes. Por outro lado, a análise bivariada mostrou que as variáveis que descrevem os acidentes possuem associação mais forte entre si.

Palavras-chave: Acidente de Trabalho. Serviço Público. Serviços de Saúde. Análise de Variáveis.

ABSTRACT

SILVA, S. Workplace accidents occurred in the State Department of Health of Santa Catarina: analysis of relationship between variables. 2014. 192p. Dissertation (Master in Production Engineering and Systems)- Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

The objective of this research was to identify the relationships between the variables of the Workplace Accident State Communications in the Department of Health of Santa Catarina. Used positivism as philosophical base and the descriptive and inductive methods, classified as qualitative and exploratory and descriptive classification. As for the depth and breadth, treated a case study. The instrumental technique of data collection was used, by obtaining secondary data from forms and physical processes of the year 2001-2012, as well as technical documentation, through a literature review. Regarding the treatment of data, the organization of those considering categorization, coding and tabulation was conducted. Thus, a nomenclature was created for sorting, grouping and organization of the most important factors to be used in the study variables. The process of data analysis was divided into two parts: univariate and bivariate analyzes. In the first part, a descriptive analysis of the variables, by means of frequency distributions with percentages was performed and, in the case of quantitative variables, descriptive measures of central tendency and dispersion were calculated. In the second part, when relating two quantitative variables, the Correlation Coefficient was calculated, when relating two qualitative variables, the Chi -square association test was used and calculated the Contingency Coefficient, and when relating a quantitative and a qualitative variable, were calculated descriptive measures of quantitative variable in each category of the qualitative. The results of the univariate analysis, it is noteworthy that most of the people who had accidents considered are female (81.1%) and its predominant schooling level is secondary/vocational education (51.7%). The professional practice of the sample occurs predominantly in the Regional Unit of Florianópolis (68.5%) being the most frequent functions related to the field of nursing (65.3%). Regarding accidents, typical is the predominant type of accident (87.0%) and for the initial assessment of severity, the accident is the most recurrent mild (67%). Accidents happen, mostly when the servers were performing activities related to its function (72.4%), the main causative agent needles (29.8%), the root causes of the injury or the category of pointed sharp object (37.5%) and the nature of drilling damage category (35.2%). The most affected part of the body was the finger (29.21%), and

80.0% of injuries are related to Chapter XIX - Injury, poisoning and other consequences of external causes. As a result of bivariate analysis identified the strong and positive correlation between quantitative variables age and years of service. The strongest associations between qualitative variables, in turn, occur between the causative agent of the accident variable and variable contact form, root causes of injury and nature of injury (Contingency Coefficients 0.868, 0.941 and 0.794, respectively), between contact form variable with the variables root causes of injury and nature of injury (Contingency Coefficients 0.901 and 0.815, respectively), and among the root causes of injury and variable nature of the lesion (Contingency Coefficient 0.883). Finally, it was identified that, when considering the quantitative variable age, the major averages are related to the categories of widowers (49.98 years), incomplete elementary education level (48.56 years) and assessed as serious accidents (49.77 years). Regarding the quantitative variable length of service, the highest averages are related to stable and widowed marital union (both with 16.12 years), level of incomplete primary education (16.58 years), active in the regional unit Joaçaba categories (17.25 years) and assessed as serious accidents (19.32 years). Considering the variables in isolation, it was concluded that more accidents occur involving nurses and sharps. Moreover, the bivariate analysis showed that the variables that describe accidents have stronger association among themselves.

Key-words: Workplace Accident. Public Service. Health Services. Variable Analysis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Contextualização do Tema.....	35
Figura 2 –	Fluxograma dos Processos de CEAT.....	74
Figura 3 –	Fluxograma dos Processos de Solicitação de Pagamento ou Ressarcimento.....	76
Figura 4 –	Concepção Sistêmica do Positivismo.....	77
Figura 5 –	Mapa da Descentralização.....	85
Figura 6 –	Organograma da SES.....	92
Figura 7 –	Técnicas para Análise Univariada.....	99
Figura 8 –	Técnicas para Análise Bivariada.....	100
Figura 9 –	Etapas da Pesquisa.....	102

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 –	Acidentes Caracterizados por Órgão, 2001 a 2012.....	40
Gráfico 2 –	Acidentes Caracterizados da SES e Totais por Ano, 2001 a 2012.....	41
Gráfico 3 –	Variáveis Cadastrais: Sexo.....	104
Gráfico 4 –	Variáveis Cadastrais: Estado Civil.....	104
Gráfico 5 –	Variáveis Cadastrais: Nível de Formação.....	105
Gráfico 6 –	Variáveis Cadastrais: Idade.....	105
Gráfico 7 –	Variáveis Funcionais: Unidade Regional.....	107
Gráfico 8 –	Variáveis Funcionais: Tempo de Serviço.....	108
Gráfico 9 –	Variáveis Funcionais: Função.....	108
Gráfico 10 –	Variáveis Gerais: Período de Ocorrência.....	111
Gráfico 11 –	Variáveis Gerais: Tipo de Acidente.....	112
Gráfico 12 –	Variáveis Gerais: Avaliação Inicial de Gravidade.....	112
Gráfico 13 –	Distribuição dos Acidentes por Região do Corpo.....	121
Gráfico 14 –	Distribuição da Variável Epidemiológica: Capítulos de Patologia.....	123
Gráfico 15 –	Diagrama de Dispersão Idade x Tempo de Serviço.....	124

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	NRs Vigentes.....	48
Quadro 2 -	Resumo da Legislação de Saúde e Segurança do Trabalho no Brasil.....	53
Quadro 3 -	Temas dos Capítulos do MSO.....	65
Quadro 4 -	Quadro II do Capítulo II do MSO.....	66
Quadro 5 -	Resumo da Legislação de Saúde e Segurança do Trabalho no Serviço Público Estadual Catarinense.....	68
Quadro 6 -	Tipos de CAT.....	70
Quadro 7 -	Órgãos do Poder Executivo Estadual de Santa Catarina: Administração Pública Direta.....	83
Quadro 8 -	SDRs Catarinenses.....	84
Quadro 9 -	Órgãos do Poder Executivo Estadual de Santa Catarina: Administração Pública Indireta.....	86
Quadro 10 -	Estrutura Organizacional da SES.....	89
Quadro 11 -	Classificação das Variáveis.....	96

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Acidentes por Caracterização e Órgão, 2001 a 2012.....	38
Tabela 2 –	Acidentes em Serviço da SES e Totais por Ano de Ocorrência, 2001 a 2012.....	40
Tabela 3 –	Distribuição das Variáveis Cadastrais.....	103
Tabela 4 –	Medidas de Tendência Central e de Dispersão: Idade.....	106
Tabela 5 –	Distribuição das Variáveis Funcionais.....	106
Tabela 6 –	Distribuição Completa da Variável Funcional Função.....	109
Tabela 7 –	Medidas de Tendência Central e de Dispersão: Tempo de Serviço.....	110
Tabela 8 –	Distribuição das Variáveis Gerais.....	111
Tabela 9 –	Distribuição das Variáveis Codificadas: Tarefa Executada.....	113
Tabela 10 –	Distribuição das Variáveis Codificadas: Agente Causador do Acidente.....	114
Tabela 11 –	Distribuição das Variáveis Codificadas: Forma de Contato.....	115
Tabela 12 –	Distribuição das Variáveis Codificadas: Fonte Causadora da Lesão.....	116
Tabela 13 –	Distribuição das Variáveis Codificadas: Natureza da Lesão.....	117
Tabela 14 –	Distribuição das Variáveis Codificadas: Parte do Corpo Atingida.....	118
Tabela 15 –	Distribuição dos Acidentes por Região do Corpo.....	120
Tabela 16 –	Distribuição da Variável Epidemiológica: Capítulos de Patologia.....	122
Tabela 17 –	Correlação: Variáveis Quantitativas.....	123
Tabela 18 –	Associação: Variáveis Qualitativas.....	125
Tabela 19 –	Medidas Descritivas: Variável Quantitativa Idade x Variáveis Qualitativas.....	129
Tabela 20 –	Medidas Descritivas: Variável Quantitativa Tempo de Serviço x Variáveis Qualitativas.....	131

LISTA DE SIGLAS

ASCOM	Assessoria de Comunicação
BNDE	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pecúlio
CEAT	Comunicação Estadual de Acidente em Serviço
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIPA	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNAE	Classificação Nacional de Atividade Econômica
COJUR	Consultoria Jurídica
DCHM	Diretoria do Centro de Hematologia e Hemoterapia
DCPO	Diretoria do Centro de Pesquisas Oncológicas
DEPS	Diretoria de Educação Permanente em Saúde
DGDP	Diretoria de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas
DHCR	Diretoria do Hospital Governador Celso Ramos
DHFL	Diretoria do Hospital Florianópolis
DHHG	Diretoria do Hospital Regional São José Dr. Homero de Miranda Gomes
DHHS	Diretoria do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt
DHJG	Diretoria do Hospital Infantil Joana de Gusmão
DHMC	Diretoria do Hospital Miguel Couto
DHNR	Diretoria do Hospital Nereu Ramos
DHTR	Diretoria do Hospital e Maternidade Teresa Ramos
DHST	Diretoria do Hospital Santa Teresa
DIAF	Diretoria de Assistência Farmacêutica
DICA	Diretoria do Instituto de Cardiologia
DIPA	Diretoria de Planejamento, Controle e Avaliação do Sistema Único de Saúde
DIPQ	Diretoria do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina
DIRH	Diretoria de Recursos Humanos
DIVE	Diretoria de Vigilância Epidemiológica
DIVIS	Diretoria de Vigilância Sanitária
DMCD	Diretoria da Maternidade Carmela Dutra
DMCK	Diretoria da Maternidade Dona Catarina Kuss
DMDV	Diretoria da Maternidade Darcy Vargas
DRT	Delegacia Regional do Trabalho
DSAS	Diretoria de Saúde do Servidor
EMSO	Equipe Multiprofissional de Saúde Ocupacional
FCEE	Fundação Catarinense de Educação Especial
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço

GABS	Gabinete do Secretário
GABSA	Gabinete do Secretário
GEAAF	Gerência de Administração e Assistência Farmacêutica
GEABA	Gerência de Coordenação da Atenção Básica
GEABS	Gerência de Abastecimento
GEAFI	Gerência de Administração Financeira
GEAMA	Gerência de Análise de Produtos e Meio Ambiente
GEAPO	Gerência de Apoio Operacional
GEARH	Gerência de Avaliação de Controle de Recursos Humanos
GEAUD	Gerência de Auditoria
GEBIO	Gerência de Biologia Médica
GEOA	Gerência de Controle e Avaliação do Sistema
GECOB	Gerência de Controle de Benefícios
GECOR	Gerência dos Complexos Reguladores
GECRE	Gerência de Custos e Resultados
GENRH	Gerência de Normatização de Recursos Humanos
GSAMU	Gerência do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
GCONV	Gerência de Convênios
GECOS	Gerência de Contratualização de Serviços do Sistema Único de Saúde
GECOM	Gerência de Compras
GECOT	Gerência de Contabilidade
GEDHP	Gerência de Desenvolvimento dos Hospitais Públicos Estaduais
GEDST	Gerência de Inspeção de Produtos e Serviços em Saúde
GEIPS	Gerência de Vigilância de Doenças Sexualmente Transmissíveis
GELIC	Gerência de Licitações
GEOMA	Gerência de Acompanhamento de Obras e Manutenção
GEPAT	Gerência de Patrimônio
GEPSA	Gerência de Planejamento do Sistema Único de Saúde
GEPRO	Gerência de Programação em Saúde
GERAD	Gerência de Administração da Rede de Laboratórios
GERAP	Gerência de Anatomia Patológica
GEREB	Gerência do Centro Catarinense de Reabilitação
GEROR	Gerência de Orçamento
GESAM	Gerência de Saúde Ambiental
GESAO	Gerência de Saúde Ocupacional
GESAP	Gerência da Escola de Saúde Pública
GESAT	Gerência de Saúde do Trabalhador
GESUP	Gerência de Programação e Suprimento
GETAF	Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica

GETEC	Gerência Técnica
GETIN	Gerência de Tecnologia de Informação
GETOF	Gerência de Hemo, Fármaco e Toxicovigilância
GETRA	Gerência do SC Transplantes
GEUTI	Gerência de Regulação de Unidade de Tratamento Intensivo
GEVIM	Gerência de Vigilância de Doenças Imunoprevisíveis e Imunização
GEVRA	Gerência de Vigilância de Agravos Infecciosos Emergentes e Ambientais
GEZOO	Gerência de Vigilância de Zoonoses e Entomologia
GPLAN	Gerência de Planejamento
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LACEN	Diretoria do Laboratório Central de Saúde Pública
LP	Licença Prêmio
LTA	Licença para Tratamento de Saúde em Decorrencia de Acidente em Serviço
LTS	Licença para Tratamento de Saúde
MSO	Manual de Saúde Ocupacional
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NBR	Norma Brasileira
NR	Norma Regulamentadora
NRR	Norma Regulamentadora Rural
OIT	Organização Internacional do Trabalho
PAP	Programa de Avaliação Psicológica
PASEP	Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público
PIS	Programa de Integração Social
PPRPS	Programa de Prevenção aos Riscos Psicológicos e Sociais
SDR	Secretaria de Desenvolvimento Regional
SEA	Secretaria de Estado da Administração
SECES	Secretaria do Conselho Estadual de Saúde
SECIB	Comissão Intergestores Bipartite
SED	Secretaria de Estado da Educação
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SESMT	Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho
SGA	Superintendência de Gestão Administrativa
SIGRH	Sistema Integrado de Gestão de Recursos Humanos
SIRH	Sistema Integrado de Recursos Humanos
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>
SUG	Superintendência de Planejamento e Gestão
SUH	Superintendência de Hospitais Públicos Estaduais

SUR	Superintendência de Serviços Especializados e Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
SUV	Superintendência de Vigilância em Saúde
UDESC	Fundação Universidade do Estado de Santa Catarina
URSS	Unidade Regional de Saúde do Servidor

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	31
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA E PROBLEMA DE PESQUISA.....	31
1.2 OBJETIVOS.....	36
1.2.1 Objetivo Geral.....	36
1.2.2 Objetivos Específicos	36
1.3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DA PESQUISA	36
1.4 LIMITAÇÕES DO ESTUDO.....	42
1.5 ESTRUTURA DA PESQUISA	42
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	45
2.1 EVOLUÇÃO DA SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO NO BRASIL	45
2.2 SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO NO SERVIÇO PÚBLICO ESTADUAL CATARINENSE	55
2.3 PROCESSOS DE COMUNICAÇÃO DE ACIDENTES	69
2.3.1 Processos de Comunicação de Acidentes de Trabalho	70
2.3.2 Processos de Comunicação de Acidentes em Serviço	71
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	77
3.1 BASE FILOSÓFICA	77
3.2 MÉTODOS DE PESQUISA	78
3.3 CARACTERÍSTICAS DA PESQUISA	78
3.3.1 Natureza da Pesquisa	78
3.3.2 Tipificação da Pesquisa	79
3.3.3 Profundidade e Amplitude da Pesquisa.....	79
3.4 CONTEXTO DA PESQUISA	79
3.4.1 O Poder Executivo Estadual Catarinense	79
3.4.2 A Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.....	87
3.5 TÉCNICAS DE PESQUISA	93
3.5.1 Processo de Coleta e Tratamento de Dados.....	93
3.5.2 Processo de Análise de Dados	97
3.6 ETAPAS DA PESQUISA.....	101
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	103
4.1 ANÁLISES UNIVARIADAS	103
4.1.1 Variáveis do Perfil dos Acidentados.....	103
4.1.2 Variáveis do Perfil dos Acidentes	110
4.2 ANÁLISES BIVARIADAS	123

4.2.1 Entre Duas Variáveis Quantitativas.....	123
4.2.2 Entre Duas Variáveis Qualitativas	125
4.2.3 Entre uma Variável Quantitativa e uma Qualitativa.....	128
5 CONCLUSÕES, CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES	135
5.1 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS	135
5.2 RECOMENDAÇÕES PARA PESQUISAS FUTURAS	141
REFERÊNCIAS.....	143
ANEXO A – CAT: Formulário para Preenchimento Manual	151
ANEXO B – CAT: Formulário para Preenchimento Eletrônico.....	155
ANEXO C – Manual de Preenchimento da CAT.....	161
ANEXO D – MCP 037 Comunicação Estadual de Acidente em Serviço	171
ANEXO E – MCP 041 Declaração de Ocorrência de Acidente em Serviço.....	173
ANEXO F – MCP 096 Solicitação Pagamento e/ou Ressarcimento de Despesas	175
ANEXO G – Quadros de Codificação das CEATs.....	177
APÊNDICE A – Autorização para Utilização dos Dados.....	183
APÊNDICE B – Trabalhos recentes que nortearam a pesquisa.....	184

1 INTRODUÇÃO

Este capítulo apresenta a contextualização do tema, de onde provém o problema de pesquisa. São destacados o objetivo geral, os objetivos específicos e a justificativa, discorrendo sobre sua relevância. Finalmente, são explicitadas as limitações e a estrutura a ser apresentada.

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA E PROBLEMA DE PESQUISA

Quando o assunto de estudo é o trabalho, tem-se que, no Brasil havia o regime de produção escravocrata, onde ao escravo não eram dados direitos de nenhuma espécie. As melhorias somente surgiram com a Abolição da Escravatura, em 1888, com a Proclamação da República, em 1889, e com o surgimento do Conselho Permanente de Comissão e Arbitragem, em 1907, cujas iniciativas contribuíram para o desenvolvimento da legislação (NASCIMENTO, 1998).

Com o término da Primeira Guerra Mundial, surgiu o constitucionalismo social, que introduziu nas constituições preceitos referentes à defesa social da pessoa, além de normas de interesses sociais e garantias de direitos fundamentais, incluindo o Direito do Trabalho (NASCIMENTO, 1998). De acordo com Martins (2000), o México teve a primeira constituição que tratou do tema, em 1917, abordando pontos como jornada diária de oito horas, proibição de trabalho a menores de doze anos, limitação da jornada diária de seis horas a menores de dezesseis anos, jornada diária noturna de, no máximo, sete horas e proteção contra acidentes de trabalho.

As normas trabalhistas, ao longo do seu desenvolvimento histórico, passaram a mediar as relações entre empresas e trabalhadores. O Estado, dessa forma, começou a intervir, ditando normas de natureza trabalhista e relacionadas com as condições ambientais de trabalho.

Segundo Nascimento (1998), as leis trabalhistas no Brasil cresceram de forma desordenada, de modo que a Justiça do Trabalho somente adquiriu a característica de organismo judiciário autônomo por meio do Decreto nº 1237, de 2 de maio de 1939, regulamentado pelo Decreto nº 6596, de 12 de dezembro de 1940, e com vigência a partir de 1º de maio de 1941. Sua integração ao Poder Judiciário, porém, ocorreu apenas com o advento da Constituição de 1946.

Para Martins (2000), o Governo de Getúlio Vargas, com base em várias leis editadas, uniu diferentes textos legais que tratavam de assuntos trabalhistas em um só diploma, que veio a chamar de Consolidação das Leis

do Trabalho (CLT). Ela foi aprovada pelo Decreto nº 5452, de 1º de maio de 1943.

Posteriormente, foram incluídos na CLT o direito individual do trabalho e o direito coletivo, resultando na adição do Artigo 157, incluído pela Lei nº 6514, de 22 de dezembro de 1977. Tal artigo definiu que caberia às empresas o cumprimento de normas de segurança e medicina do trabalho, a instrução dos empregados, por meio de ordens de serviço, quanto às precauções a tomar para evitar acidentes de trabalho ou doenças ocupacionais, a adoção de medidas determinadas pela Delegacia Regional do Trabalho (DRT) e a permissão do exercício da fiscalização por autoridade competente (BRASIL, 1977).

A Constituição Federal de 1988, em seu Artigo 7, inciso XXII, finalmente, definiu que: “são direitos dos trabalhadores urbanos e rurais, além de outros que visem à melhoria de sua condição social: [...] redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança (BRASIL, 1988). Dessa forma, para que esse direito seja garantido, é necessária a realização de pesquisas no campo saúde do trabalhador.

Para Silva e Menezes (2005), a Engenharia de Produção constitui uma engenharia de métodos e de procedimentos, cujo objetivo é o estudo, o projeto e a gerência de sistemas integrados de pessoas, materiais, equipamentos e ambientes. Nesse sentido, sob os princípios da eficácia¹ e da eficiência², “procura melhorar a produtividade do trabalho, a qualidade do produto e a saúde das pessoas (no que se refere às atividades de trabalho)” (SILVA; MENEZES, 2005, p. 45).

Dentro da Engenharia de Produção, a Ergonomia é a área que estuda os ambientes de trabalho. Em agosto de 2000, a Associação Internacional de Ergonomia (IEA) adotou sua definição como sendo:

uma disciplina científica relacionada ao entendimento das interações entre os seres humanos e outros elementos ou sistemas, e à aplicação de teorias, princípios, dados e métodos a projetos, a fim de otimizar o bem estar humano e o desempenho global do sistema. Os ergonomistas contribuem para o planejamento, projeto e a avaliação de tarefas, postos de trabalho, produtos, ambientes e sistemas, de modo a torná-los compatíveis com as necessidades,

¹ Capacidade de atingir metas programadas (TENÓRIO, 2003).

² Relação de otimização no uso de recursos utilizados na consecução de resultado (MAXIMIANO, 1997).

Acosta (2004) considera que a Engenharia de Segurança é uma das áreas com as quais a Ergonomia mantém importante interface, podendo ser utilizada como uma poderosa ferramenta para a análise de riscos, uma vez que faz uso de métodos e técnicas que aprofundam a compreensão da atividade em situação real de trabalho. Os traços deixados pelo trabalho nos trabalhadores influenciam sua saúde e capacidade funcional (GUÉRIN et al., 2001).

Segundo Wisner (1987), “os acidentes são os sinais do mau funcionamento da organização, e é sobre esta que é necessário agir para preveni-los”. Considerando que eles resultam de interações inadequadas entre o homem, a tarefa e o meio ambiente, em cada caso pode haver predomínio de um desses fatores, podendo a causa ser um comportamento de risco do operador de um sistema, as inadequações dos postos de trabalho, produtos mal projetados, falhas nas máquinas, entre outros. Iida (2005) considera que “essas causas não aparecem isoladamente e o acidente só ocorre quando há uma conjugação de fatores negativos”.

Para Bartolomeu (2002), existe um grande volume de dados acumulados em vários órgãos, na forma de registros administrativos, que apresentam informações relevantes sobre trabalhadores que sofreram, ou não, acidentes de trabalho e doenças profissionais e do trabalho. Os dados contidos nesses registros podem ser utilizados como fontes de informação e referência para os pesquisadores da área de saúde e segurança do trabalhador, bem como para os administradores de saúde pública no que diz respeito à tomada de decisões gerenciais e estratégicas relativas às políticas de controle e prevenção de acidentes e doenças ocupacionais (BARTOLOMEU, 2002).

Bartolomeu (2002) salienta, ainda, que um dos registros administrativos de grande interesse da comunidade científica e técnica da área de saúde e segurança do trabalhador é a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT). Esse documento é emitido, por ordem legal, a fim de garantir o direito do trabalhador regido pela CLT, ao seguro acidentário junto ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), e nele são registradas informações relevantes relativas ao trabalhador acidentado, ao seu empregador, à lesão, ao acidente e à doença, bem como sobre o diagnóstico e o atendimento médico recebido pelo trabalhador (BARTOLOMEU, 2002).

A legislação referente a acidentes de trabalho aplicada aos trabalhadores regidos pela CLT é diferente da utilizada como referência

legal para os servidores do setor público. Dentro desse contexto, o Poder Executivo Estadual catarinense possui, definidos em sua legislação, conceituação e procedimentos para comunicação e análise próprios, em vigor desde 1996 e sob responsabilidade da Secretaria de Estado da Administração (SEA), por meio de Gerência de Saúde Ocupacional (GESAO).

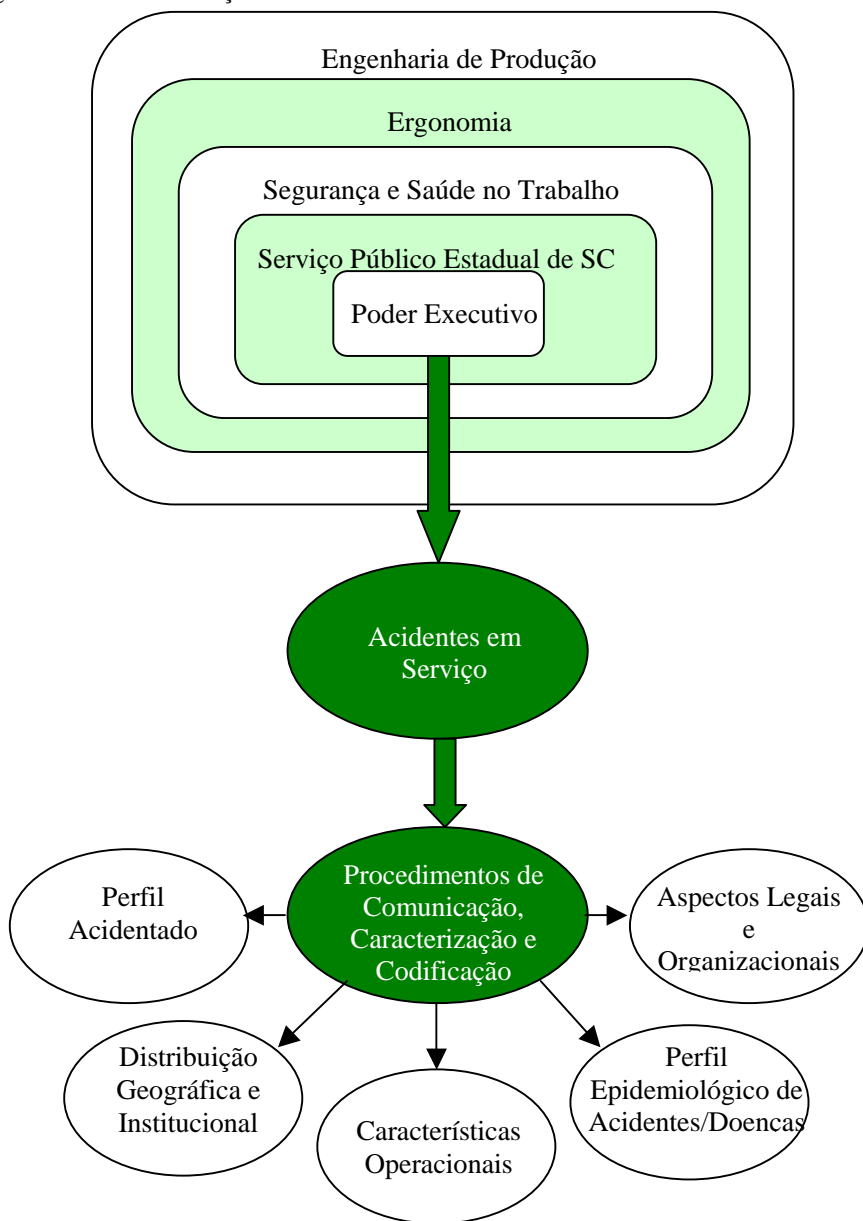
Com a aprovação da Lei nº 14609, de 7 de janeiro de 2009, e do Decreto nº 2709, de 27 de outubro de 2009, foi instituído o Manual de Saúde Ocupacional (MSO), que, baseado nas Normas Regulamentadas (NRs) do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), trouxe o caráter prevencionista à legislação de saúde e segurança do trabalho existente no funcionalismo público estadual. Os acidentes de trabalho, porém, continuaram sob a alcunha de benefícios de saúde e dados relativos aos mesmos começaram a ser coletados e tratados estatisticamente apenas em 2011.

A fonte dos dados sobre acidentes de trabalho do Poder Executivo Estadual catarinense é o conjunto de processos e formulários de Comunicação Estadual de Acidentes em Serviço (CEAT). Incluídos inicialmente no Sistema Integrado de Recursos Humanos (SIRH), com utilização do sistema operacional *Microsoft Disk Operating System*, os dados sobre os acidentes foram migrados, em 2010, para um banco em sistema *Microsoft Windows*. Hoje, podem ser extraídos do banco dados sobre o perfil dos acidentados e sobre a distribuição geográfica e institucional, as características operacionais e o perfil epidemiológico dos acidentes.

A Secretaria de Estado da Saúde (SES) é responsável por cerca de 80% dos acidentes registrados e encaminhados para análise da SEA (SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO, 2013). Para Miranzi (2008), as investigações de acidentes na área da saúde, principalmente os alocados em instituições públicas, são um meio eficaz para o planejamento dos riscos ocupacionais, a análise dos setores e horários em que mais ocorrem os acidentes, os profissionais mais expostos, a área do corpo vulnerável e a profilaxia adotada nesses casos (MIRANZI, 2008, p. 41).

Dessa forma, com base no contexto descrito (Figura 1), tendo como tema os acidentes de trabalho na SES e como fenômeno a análise dos mesmos, e considerando as variáveis presentes nos formulários de registro, delimitou-se o seguinte problema de pesquisa: quais as relações existentes entre as variáveis presentes nas Comunicações Estaduais de Acidente em Serviço da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina?

Figura 1 – Contextualização do Tema.



Fonte: Elaborada pela autora (2012).

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

A presente pesquisa teve como Objetivo Geral identificar as relações existentes entre as variáveis presentes nas Comunicações Estaduais de Acidente em Serviço da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

1.2.2 Objetivos Específicos

Para alcançar o Objetivo Geral proposto, foram definidos os seguintes Objetivos Específicos:

- a) Identificar o perfil dos acidentes ocorridos na Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina; e,
- b) Realizar análises de relação entre as variáveis presentes nas Comunicações Estaduais de Acidente em Serviço da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

1.3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DA PESQUISA

A introdução dos conceitos relativos à segurança e saúde no trabalho no contexto da Administração Pública Direta do Estado de Santa Catarina iniciou com a regulamentação do acidente de trabalho, em 1996. A partir disso, os acidentes ocorridos puderam ser registrados e encaminhados para a caracterização, a fim de garantir os direitos do servidor.

À medida que os procedimentos de comunicação, caracterização e codificação de acidentes se aperfeiçoava em busca da padronização, foi regulamentado, em 2000, o pagamento ou ressarcimento de despesas decorrentes de acidentes, direito que os servidores estaduais tem como diferencial em relação aos trabalhadores regidos pela CLT. O tema, porém, continuou sendo tratado como um benefício de saúde, sem ser estabelecida a cultura da prevenção.

Em 2009, a publicação do MSO trouxe um grande avanço no contexto legal catarinense. Mesmo sem haver fiscalização, os diversos órgãos do Poder Executivo estadual passaram a ter obrigações semelhantes às das empresas do setor privado, impostas pelo MTE.

Em meio às tentativas de implantar o MSO nos diversos órgãos, foram realizadas capacitações e muitos servidores, antes sem conhecimento sobre o assunto, passaram a atuar como agentes de segurança e saúde nos ambientes de trabalho, atuando como multiplicadores e promovendo a conscientização dos colegas e superiores. Um problema, nesse sentido,

porém, não tinha ainda sido contornado: a falta de dados sobre os acidentes e sobre os afastamentos decorrentes.

A SEA é o órgão estadual responsável pela execução de perícia médica nos casos de afastamentos por motivo de saúde dos servidores do Poder Executivo estadual. Nesse sentido, detém a informação sobre os benefícios concedidos, estando sobre sua responsabilidade a execução de relatórios e boletins estatísticos. Os acidentes, porém, passaram a ser tema de estudos estatísticos apenas em 2011 e, após esse ano, veio-se a trabalhar no sentido de fornecer dados e informações aos demais órgãos, apesar de nenhum boletim ter sido ainda publicado oficialmente.

Bartolomeu (2002), aponta seis dificuldades na obtenção de dados relativos a acidentes, relacionadas à própria natureza do objeto de estudo:

- a) a impossibilidade em observar a ocorrência dos eventos;
- b) a pluralidade dos acidentes;
- c) a instabilidade dos resultados da pesquisa;
- d) a existência de interpretações diferentes para um mesmo caso;
- e) a necessidade de o número de casos de acidentes do trabalho necessários para realizar o estudo ser alto, a fim de que cubram todas as características da população envolvida; e,
- f) a possibilidade de que os resultados de estudos realizados em laboratório não sejam generalizados.

A prática profissional na área da saúde, por exemplo,

somada à relativa escassez de informações sobre a temática e, principalmente de metodologias eficazes para a diminuição dos acidentes de trabalho nesse âmbito específico desperta o interesse em analisar a situação dos acidentes de trabalho entre os funcionários do setor público (MIRANZI, 2008, p. 41).

Considerando os acidentes de trabalho ocorridos no período de 2001 a 2012 no contexto do Poder Executivo estadual, tem-se que a SES foi responsável por 86,5% dos registros, o que equivale a 3491 processos. Ela representa, ainda, 88,0% dos acidentes caracterizados, conforme mostram a Tabela 1 e o Gráfico 1.

Tabela 1 – Acidentes por Caracterização e Órgão, 2001 a 2012.

Órgão	Caracterizado		Não Caracterizado		Total	
	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%
Administração do Porto de São Francisco do Sul	7	0,2	0	0,0	7	0,2
Departamento de Transportes e Terminais	3	0,1	0	0,0	3	0,1
Departamento Estadual de Infraestrutura	37	1,0	3	1,4	40	1,0
Fundação Catarinense de Cultura	4	0,1	0	0,0	4	0,1
Fundação Catarinense de Educação Especial	25	0,7	1	0,5	26	0,6
Fundação do Meio Ambiente	3	0,1	0	0,0	3	0,1
Fundação Universidade do Estado de Santa Catarina	6	0,2	1	0,5	7	0,2
Instituto de Metrologia de Santa Catarina	1	0,0	0	0,0	1	0,0
Instituto de Previdência do Estado de Santa Catarina	2	0,1	0	0,0	2	0,0
Pessoal Civil da Polícia Militar de Santa Catarina	2	0,1	1	0,5	3	0,1
Procuradoria Geral do Estado	3	0,1	1	0,5	4	0,1
Secretaria de Estado da Educação	190	5,0	25	12,0	215	5,3
Secretaria de Desenvolvimento Regional de Chapecó	1	0,0	1	0,5	2	0,0
Secretaria de Desenvolvimento Regional de São Miguel do Oeste	1	0,0	0	0,0	1	0,0
Secretaria de Desenvolvimento Regional de Dionísio Cerqueira	1	0,0	0	0,0	1	0,0
Secretaria de Desenvolvimento Regional de Imporanga	0	0,0	1	0,5	1	0,0
Secretaria de Desenvolvimento Regional de Joinville	1	0,0	0	0,0	1	0,0

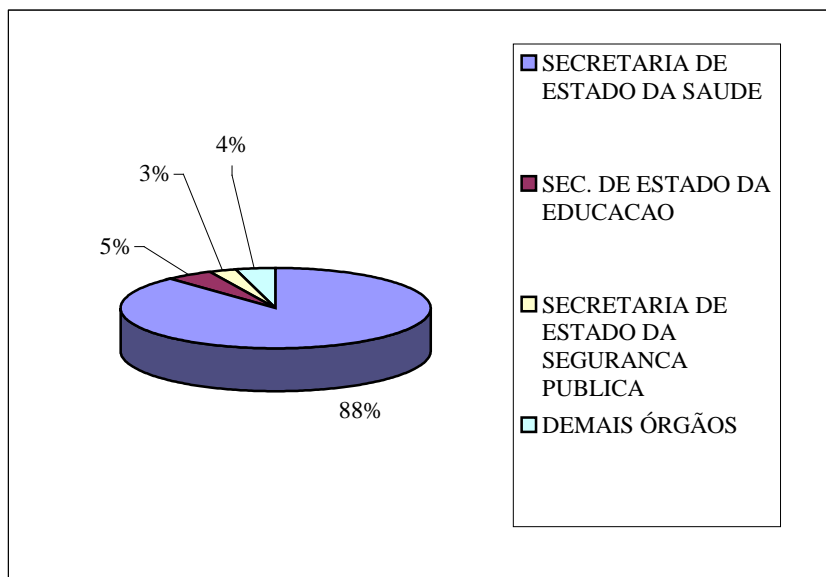
Fonte: Elaborada pela autora (2013).

Tabela 1 (Continuação) – Acidentes por Caracterização e Órgão, 2001 a 2012.

Órgão	Caracterizado		Não Caracterizado		Total	
	Quantidade	%	Quantidade	%	Quantidade	%
Secretaria de Desenvolvimento Regional de Laguna	1	0,0	0	0,0	1	0,0
Secretaria de Estado da Administração	16	0,4	1	0,5	17	0,4
Secretaria de Estado da Agricultura e da Pesca	1	0,0	0	0,0	1	0,0
Secretaria de Estado da Assistência Social, Trabalho e Habitação	5	0,1	0	0,0	5	0,1
Secretaria de Estado da Fazenda	7	0,2	3	1,4	10	0,2
Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania	29	0,8	10	4,8	39	1,0
Secretaria de Estado da Saúde	3366	88,0	125	59,8	3491	86,5
Secretaria de Estado da Segurança Pública	114	3,0	36	17,2	150	3,7
Total	3826	100,0	209	100,0	4035	100,0

Fonte: Elaborada pela autora (2013).

Gráfico 1 – Acidentes Caracterizados por Órgão, 2001 a 2012.



Fonte: Elaborado pela autora (2013).

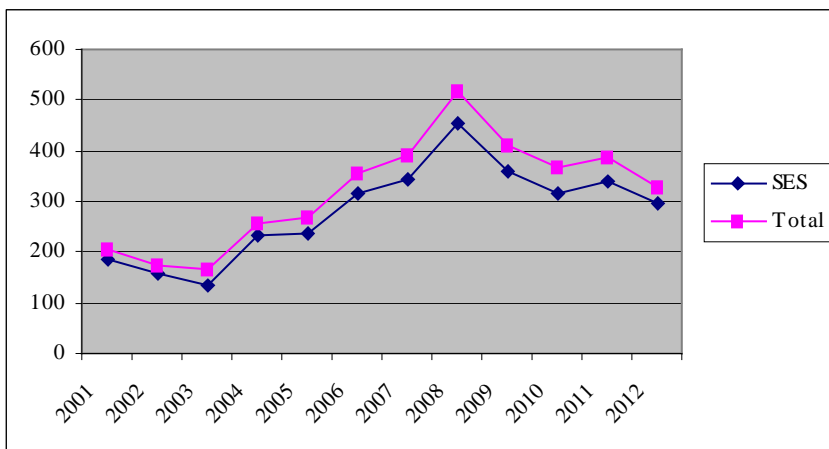
A evolução dos acidentes da SES no mesmo período é mostrada na Tabela 2 e no Gráfico 2.

Tabela 2 – Acidentes em Serviço da SES e Totais por Ano de Ocorrência, 2001 a 2012.

Ano	Quantidade	% do Total	Total
2001	185	90,7	204
2002	156	90,2	173
2003	134	80,2	167
2004	232	90,3	257
2005	236	87,4	270
2006	316	88,5	357
2007	342	87,9	389
2008	453	87,6	517
2009	360	87,6	411
2010	317	86,1	368
2011	339	87,8	386
2012	296	90,5	327
Total	3366	88,0	3826

Fonte: Elaborada pela autora (2013).

Gráfico 2 – Acidentes Caracterizados da SES e Totais por Ano, 2001 a 2012.



Fonte: Elaborado pela autora (2013).

Pode-se notar que, apesar do número de acidentes ter apresentado uma diminuição em alguns anos, continua representando a maior parcela de acidentes ocorridos entre os órgãos do Poder Executivo Estadual de Santa Catarina.

Na área de saúde, “pode-se inferir que a elevação do número de acidentes não ocorre somente em função do maior manuseio de materiais perfurocortantes, mas talvez pela repetição das ações ou pelo volume de trabalho” (MIRANZI, 2008, p. 45). Somam-se, ainda, outras questões peculiares de algumas profissões como as ligadas à Enfermagem, que se constitui na sua maioria por mulheres e, no geral, com mais de uma jornada de trabalho, o que favorece o estresse, o cansaço e, por consequência, o aumento das possibilidades de acidentes (MIRANZI, 2008).

Segundo Cardoso et al. (2009), os profissionais da área da saúde estão expostos a um processo gerador de doenças profissionais, as quais englobam riscos e fatores predisponentes ao desequilíbrio biopsicossocial. Apesar de ser obrigatória a comunicação dos acidentes de trabalho,

os profissionais freqüentemente não o fazem, pois, muitas vezes, o acidente não gera nenhuma das situações previstas na definição de acidente de trabalho e pode não ter a transmissão caracterizada de imediato ou em curto prazo. A comunicação apenas quando a doença se desenvolve demonstra, claramente, uma negligência no componente

preventivo (CAIXETA; BARBOSA-BRANCO, 2005 apud CARDOSO et al., 2009).

Nesse sentido, estudar os acidentes torna-se relevante, uma vez que com as análises previstas no estudo e com o perfil dos acidentes ocorridos traçado, poder-se-á, futuramente, desenvolver planos, programas e políticas de ação para evitar tais acidentes e diminuir os custos envolvidos.

1.4 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Foram consideradas as seguintes limitações da pesquisa:

a) Escassez de literatura específica sobre acidentes de trabalho no serviço público;

b) A análise contemplou as variáveis contidas nos formulários de Comunicação Estadual de Acidentes em Serviço, porém, não há garantias de que os dados obtidos expressem completamente a realidade, uma vez que o preenchimento dos formulários é feito pelos setoriais de recursos humanos dos diversos órgãos do poder executivo estadual, por profissionais sem treinamento específico. Da mesma forma, a codificação e a implantação dos processos no sistema informatizado que gera o banco de dados é realizado por diferentes pessoas sem haver a exigência de habilitação técnica na área de saúde e segurança do trabalho, o que possibilita interpretações diferentes dos acidentes e a conseqüente codificação equivocada;

c) Foram considerados apenas os acidentes em serviço caracterizados e cadastrados (típicos, de trajeto e doença), não sendo levada em conta, dessa forma, a sub-notificação existente, principalmente no tocante às doenças profissionais e do trabalho, assim como o número total de servidores ativos nos diversos setores e períodos; e,

d) Os afastamentos gerados pelos acidentes em serviço ainda não são codificados como tal, sendo incluídos como licenças de saúde. Como não é feita a conversão do benefício, dados sobre os afastamentos relacionados com o trabalho não puderam ser identificados.

1.5 ESTRUTURA DA PESQUISA

A pesquisa está estruturada em cinco capítulos, da seguinte forma:

a) Capítulo 1 – Introdução: são apresentados a contextualização do tema e o problema de pesquisa. Também são declarados o objetivo geral e os específicos, a justificativa, as limitações e a estrutura.

b) Capítulo 2 – Fundamentação Teórica: apresenta o embasamento teórico da pesquisa, contemplando a evolução da saúde e segurança do trabalho no Brasil e no serviço público estadual catarinense, além de serem descritos os procedimentos para comunicação de acidentes de trabalho e em serviço e solicitação de pagamento ou ressarcimento de despesas. Por fim, discorre sobre análise de relação entre variáveis.

c) Capítulo 3 – Procedimentos Metodológicos: traz os pressupostos metodológicos considerados ao longo da pesquisa, sendo descritos a base filosófica, o método e as características da pesquisa quanto à natureza, tipificação, profundidade e amplitude. São abordados as técnicas de pesquisa e o contexto em que ela ocorre (órgão estudado), assim como especificados os processos de coleta e análise de dados e as etapas realizadas.

d) Capítulo 4 – Apresentação e Análise dos Resultados: apresenta a análise univariada, contendo as distribuições de frequência das variáveis do perfil dos acidentados (cadastrais e funcionais) e das variáveis do perfil dos acidentes (gerais, codificadas e epidemiológica) e medidas descritivas das variáveis quantitativas. Em seguida, contempla as análises bivariadas, mostrando as relações existentes entre as variáveis consideradas.

e) Capítulo 5 – Conclusões, Considerações Finais e Sugestões: fecha a pesquisa, trazendo as conclusões, últimas considerações e as recomendações para estudos posteriores.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Este capítulo aborda a revisão de literatura, trazendo conceitos importantes para o entendimento da pesquisa. Inicialmente, discorre sobre a evolução da saúde e segurança do trabalho no Brasil e no serviço público estadual catarinense, mostrando como ocorrem os procedimentos de caracterização de acidentes de trabalho e em serviço e solicitação de pagamento ou ressarcimento de despesas decorrentes dentro desse contexto. Em sequência, comenta sobre variáveis, mostrando definições e classificação, além de tratar sobre medidas descritivas. Por fim, explicita questões como análise de dados categorizados e correlação.

2.1 EVOLUÇÃO DA SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO NO BRASIL

A primeira legislação brasileira referente a acidentes de trabalho, para Silva (2004), foi a Lei nº 3734, de 15 de janeiro de 1919, que teve sua regulamentação com o Decreto nº 13498, de 12 de março do mesmo ano. Essa Lei estabelecia o pagamento de indenização em casos de acidentes de trabalho ocorridos quando a responsabilidade fosse do empregador.

O Estado começou a intervir nas relações de trabalho devido à pressão dos trabalhadores no Brasil e à pressão internacional dos países membros da Organização Internacional do Trabalho (OIT). Segundo Rocha (1994), as condições de trabalho das indústrias brasileiras, no início do século XX, eram péssimas, com fábricas sem ventilação e condições sanitárias inadequadas. O número de acidentes aumentava porque os trabalhadores cansados que trabalhavam, às vezes, além do horário sem aumento de salário, ou que trabalhavam aos domingos, eram multados por indolência ou erros cometidos, se fossem adultos, ou surrados, se fossem crianças (ROCHA, 1994).

Nardi (1999) afirma que, em 1923, com a Lei Eloy Chaves (Decreto nº 4682, de 24 de janeiro de 1923), instituiu-se a Previdência Social, inicialmente criando uma Caixa de Aposentadoria e Pecúlio (CAP) para os trabalhadores de uma empresa ferroviária. As CAPs, conforme Silva (2004), abrangiam apenas os ferroviários, marítimos e portuários, categorias fundamentais para a economia agro-exportadora do café.

Com o Governo de Getúlio Vargas, algumas alterações de ordem trabalhista foram realizadas.

O Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio foi criado por meio do Decreto nº 19433, de 26 de

novembro de 1930. Em 1932, foram criadas as Inspetorias do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, transformadas, no ano de 1940, em Delegacias Regionais do Trabalho (MOREIRA, 2003, p. 32).

Em 10 de julho de 1934, o Decreto nº 24367 substituiu a primeira lei referente a acidentes de trabalho, tendo como fundamento jurídico o conceito de risco profissional e caracterizando-se pela instituição do depósito obrigatório como forma de garantia de indenização. Tentou-se, dessa forma, simplificar o processo e elevar o valor da indenização, quando da incidência de morte do acidentado, acrescentando à primeira lei a moléstia profissional (SILVA, 2004).

Ao longo dos anos 30, deu-se criação do Departamento Nacional do Trabalho e a promulgação de vários decretos que regulamentaram horários de trabalho e férias para diversas categorias, condições de trabalho de menores e mulheres nas indústrias, além de benefícios de Previdência Social (ROCHA, 1994). O adicional de insalubridade foi instituído a partir do Decreto- Lei nº 399, de 30 de abril de 1938, com valor de 10, 20 e 40% do salário mínimo para graus de insalubridade mínimo, médio e máximo, respectivamente, conforme quadro de atividades elaborado posteriormente (MOREIRA, 2003).

Silva (2004) afirma que, com o Decreto-Lei nº 5452, de 1º de maio de 1943, deu-se à criação da CLT, na qual o Capítulo V - Da Segurança e Medicina do Trabalho - teve como objetivo zelar pela saúde do trabalhador. O Capítulo V sofreu mudanças posteriores pela Lei nº 6514, de 22 de dezembro de 1977, servindo de base para a criação das NRs, em 1978, que ainda vigoram com atualizações constantes.

O Decreto nº 7036, de 10 de novembro de 1944, definiu que todo evento que tivesse alguma relação de causa e efeito, ainda que não fosse o único responsável pela morte, perda ou redução da capacidade de trabalho, configuraria acidente de trabalho. Abordou, ainda, de acordo com Moreira (2003), a prevenção de acidentes e a assistência, indenização e reabilitação do acidentado.

Na década de 50, cedendo às pressões políticas dos empregados da Petrobrás, o governo federal concedeu, por meio da Lei nº 2573, de 15 de agosto de 1955, o adicional de periculosidade aos trabalhadores que prestassem serviço em contato permanente com inflamáveis. Tal adicional correspondia a 30% do valor do salário, segundo Moreira (2003).

O período de ditadura militar, iniciado em 1964, foi marcado pelo autoritarismo e pela exclusão dos trabalhadores. O surgimento da Lei de

Greve (Lei nº 4330, de 1º de junho de 1964) não permitiu o livre exercício da atividade sindical e exclui a principal maneira de pressão dos sindicatos (SILVA, 2004).

Para Silva (2004), em meio a essa situação e à tendência centralizadora do regime militar, deu-se a unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966. Ocorreu, nesse sentido, a uniformização dos benefícios e contribuições, a centralização administrativa e, em 1970, a exclusão dos trabalhadores da direção do Instituto (NARDI, 1999).

Conforme Nardi (1999), em 1971, houve uma modificação importante na legislação trabalhista, com inauguração do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), e com o Programa de Integração Social (PIS) e o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP). De acordo com Rocha (1994), ambos eram administrados pelo Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico (BNDE), sem a participação dos trabalhadores na administração.

Entretanto, para Silva (2004), a questão de saúde do trabalhador começou a ser mais enfatizada devido à divulgação de estatística oficial trágica de 1970, referente a acidentes de trabalho. Tal estatística originou a Portaria nº 3237, de 17 de julho de 1972, cujo texto exigia a obrigatoriedade, nas empresas, do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) (SILVA, 2004).

Em 1974, houve o desmembramento do Ministério da Previdência Social do Ministério do Trabalho, cabendo, ao primeiro, o pagamento dos benefícios e atendimento e, ao segundo, a prevenção dos acidentes e segurança e medicina do trabalho. A partir de 19 de dezembro do mesmo ano, com a Lei nº 6195, o trabalhador rural começou a ser coberto contra os acidentes de trabalho (SILVA, 2004).

Em 1976, a Lei nº 6367, aumentou o espaço de cobertura contra o acidente de trabalho, eliminando, porém, todas as indenizações globais até então existentes. Criou, também, o auxílio-mensal, que deveria ser pago quando da perda ou redução da capacidade laboral, e uniformizou, tornando vitalício, o auxílio acidente quando, devido ao acidente, o trabalhador tivesse condições de trabalhar, mas não na atividade habitual que desenvolvia no momento da ocorrência (SILVA, 2004).

Nardi (1999) afirma que, durante a ditadura militar é criada uma lista dos vinte e um agentes causadores de doenças profissionais. A partir de 1976, outros motivos desencadeantes, como as concausas, ou seja, doenças resultantes das condições de trabalho, teriam que ter comprovação de nexo causal pela perícia acidentária (SILVA, 2004).

Em 1977, a Lei nº 6514, de 22 de dezembro, alterou o Capítulo V, do Título II, da CLT, referente à segurança e medicina do trabalho. Em 1978, foram criadas, a partir da Portaria nº 3214, de 8 de junho, as NRs relativas à segurança e medicina do trabalho, regulamentando os artigos da referida Lei.

As NRs vigentes, desde 1978, são mostradas no Quadro 1.

Quadro 1 – NRs Vigentes.

NR 1	Disposições Gerais
NR 2	Inspeção Prévia
NR 3	Embargo ou Interdição
NR 4	Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho
NR 5	Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
NR 6	Equipamento de Proteção Individual
NR 7	Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
NR 8	Edificações
NR 9	Programa de Prevenção de Riscos Ambientais
NR 10	Segurança em Instalações e Serviços em Eletricidade
NR 11	Transporte, Movimentação, Armazenagem e Manuseio de Materiais
NR 12	Segurança no Trabalho em Máquina e Equipamentos
NR 13	Caldeiras e Vasos de Pressão
NR 14	Fornos
NR 15	Atividades e Operações Insalubres
NR 16	Atividades e Operações Perigosas
NR 17	Ergonomia
NR 18	Condições e Meio Ambiente de Trabalho na Indústria da Construção
NR 19	Explosivos
NR 20	Segurança e Saúde no Trabalho com Inflamáveis e Combustíveis
NR 21	Trabalho a Céu Aberto
NR 22	Segurança e Saúde Ocupacional na Mineração
NR 23	Proteção contra Incêndios
NR 24	Condições Sanitárias e de Conforto nos Locais de Trabalho
NR 25	Resíduos Industriais
NR 26	Sinalização de Segurança
NR 27	Registro Profissional do Técnico de Segurança do Trabalho
NR 28	Fiscalização e Penalidades
NR 29	Segurança e Saúde no Trabalho Portuário

Fonte: Elaborado pela autora (2013).

Quadro 1 (Continuação) – NRs Vigentes.

NR 30	Segurança e Saúde no Trabalho Aquaviário
NR 31	Segurança e Saúde no Trabalho na Agricultura, Pecuária, Silvicultura, Exploração Florestal e Aquicultura
NR 32	Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Saúde
NR 33	Segurança e Saúde no Trabalho em Espaços Confinados
NR 34	Condições e Meio Ambiente de Trabalho na Indústria da Construção e Reparação Naval
NR 35	Trabalho em Altura
NR 36	Saúde e Segurança no Trabalho em Empresas de Abate e Processamento de Carnes e Derivados

Fonte: Elaborado pela autora (2013).

A Portaria nº 3067, datada de 12 de abril de 1988, pelo MTE, criou as Normas Regulamentadoras Rurais (NRR), como seguem:

- a) NRR 1 – Disposições Gerais;
- b) NRR 2 – Serviço Especializado em Prevenção de Acidentes do Trabalhador Rural;
- c) NRR 3 – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes do Trabalhador Rural;
- d) NRR 4 – Equipamento de Proteção Individual; e,
- e) NRR 5 – Produtos Químicos.

As NRRs, porém, com a publicação da NR 31, foram revogadas pela Portaria nº 191, de 15 de abril de 2008.

A Lei nº 8213, de 24 de julho de 1991, conceituou acidente de trabalho. Por ela,

acidente de trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa [...], provocando lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho (BRASIL, 1991).

Pela mesma Lei, tem-se que:

- a) a empresa é responsável pela adoção e uso das medidas coletivas e individuais de proteção e segurança da saúde do trabalhador;
- b) constitui contravenção penal, punível com multa, deixar a empresa de cumprir as normas de segurança e higiene do trabalho;
- c) é dever da empresa prestar informações pormenorizadas sobre os riscos da operação a executar e do produto a manipular;
- d) o MTE fiscalizará e os sindicatos e entidades representativas de classe acompanharão o fiel cumprimento da legislação.

A Lei nº 8213, de 24 de julho de 1991, considera, ainda, acidente de trabalho:

- I - doença profissional, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada atividade e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social; e,
- II - doença do trabalho, assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente (BRASIL, 1991).

É importante lembrar que, dentro desse conceito, não são consideradas como doença do trabalho:

- a) a doença degenerativa;
- b) a inerente a grupo etário;
- c) a que não produza incapacidade laborativa; e,
- d) a doença endêmica adquirida por segurado habitante de região em que ela se desenvolva, salvo comprovação de que é resultante de exposição ou contato direto determinado pela natureza do trabalho (BRASIL, 1991).

Equiparam-se, também, ao acidente do trabalho, para efeitos dessa Lei:

- I - o acidente ligado ao trabalho que, embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a morte do segurado, para redução ou perda da sua capacidade para o trabalho, ou produzido lesão que exija atenção médica para a sua recuperação;
- II - o acidente sofrido pelo segurado no local e no horário do trabalho, em consequência de:
 - a) ato de agressão, sabotagem ou terrorismo praticado por terceiro ou companheiro de trabalho;
 - b) ofensa física intencional, inclusive de terceiro, por motivo de disputa relacionada ao trabalho;
 - c) ato de imprudência, de negligência ou de imperícia de terceiro ou de companheiro de trabalho;
 - d) ato de pessoa privada do uso da razão; e,
 - e) desabamento, inundação, incêndio e outros casos fortuitos ou decorrentes de força maior;

- III - a doença proveniente de contaminação acidental do empregado no exercício de sua atividade; e,
- IV - o acidente sofrido pelo segurado ainda que fora do local e horário de trabalho:
 - a) na execução de ordem ou na realização de serviço sob a autoridade da empresa;
 - b) na prestação espontânea de qualquer serviço à empresa para lhe evitar prejuízo ou proporcionar proveito;
 - c) em viagem a serviço da empresa, inclusive para estudo quando financiada por esta dentro de seus planos para melhor capacitação da mão-de-obra, independentemente do meio de locomoção utilizado, inclusive veículo de propriedade do segurado; e,
 - d) no percurso da residência para o local de trabalho ou deste para aquela, qualquer que seja o meio de locomoção, inclusive veículo de propriedade do segurado (BRASIL, 1991).

Acrescenta-se, ainda, que,

nos períodos destinados a refeição ou descanso, ou por ocasião da satisfação de outras necessidades fisiológicas, no local do trabalho ou durante este, o empregado é considerado no exercício do trabalho (BRASIL, 1991).

O conceito legal, segundo Bartolomeu (2002), baseia-se no prejuízo físico sofrido no trabalho, e tem por objetivo favorecer os mecanismos de compensação e indenização, não se destinando à prevenção. Mais abrangente que o conceito legal, do ponto de vista prevencionista, o acidente do trabalho é conceituado como sendo uma ocorrência não programada, inesperada ou não, que interrompe ou interfere no processo normal de uma atividade, ocasionando perda de tempo útil ou lesões nos trabalhadores ou danos materiais (COSTA, 1995).

Segundo a Associação Brasileira de Normas Técnicas (2001, p. 2), “acidente de trabalho é a ocorrência imprevista e indesejável, instantânea ou não, relacionada com o exercício do trabalho, de que resulte ou possa resultar lesão pessoal”. O acidente, desse modo, considera tanto ocorrências identificadas segundo um momento determinado, quanto ocorrências contínuas ou intermitentes, essas identificadas em termos de período de tempo provável (SILVA, 2009).

A Associação Brasileira de Normas Técnicas (2001, p. 4), fornece, ainda, as definições de doença do trabalho e doença profissional, como segue:

Doença do Trabalho é a doença decorrente do exercício continuado ou intermitente de atividade laborativa capaz de provocar lesão.

Doença Profissional é a doença causada por atividade específica, constante de relação oficial.

A classificação utilizada pelo INSS, segundo Bartolomeu (2002), para diferenciar os tipos de acidentes de trabalho é a seguinte:

a) Acidente Típico – decorrente das características da atividade profissional desempenhada pelo acidentado;

b) Acidente de Trajeto – ocorrido no trajeto entre a residência e o local do trabalho do segurado;

c) Acidente devido à Doença – ocasionado por qualquer tipo de doença profissional produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho, peculiar a determinado ramo de atividade constante de relação existente no Regulamento dos Benefícios da Previdência Social, ou por doença do trabalho adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente, desde que constante na relação da tabela da Previdência Social.

O Decreto nº 2172, de 5 de março de 1997, regulamentou Lei nº 8213, de 24 de julho de 1991, reforçando o conceito de acidente de trabalho e disciplinando a concessão dos benefícios da Previdência Social. Em seu Anexo II, foi disposta uma lista de agentes patogênicos e respectivos trabalhos que contêm o risco, para a aplicação na caracterização de doenças profissionais e do trabalho a ser feita pelo INSS. Com o Decreto nº 3048, de 6 de maio de 1999, porém, o Decreto nº 2172, de 5 de março de 1997, foi revogado, sendo incluídas as doenças causalmente relacionadas com os respectivos agentes e fatores de risco.

A Lei nº 11430, de 27 de dezembro de 2006, acrescentou uma importante inovação à Lei nº 8213, de 24 de julho de 1991, o nexo técnico epidemiológico, instituído com o seguinte texto:

Art. 21-A. A perícia médica do INSS considerará caracterizada a natureza acidentária da incapacidade quando constatar a ocorrência de nexo técnico epidemiológico entre o trabalho e o agravo, decorrente da relação entre a atividade da empresa e a entidade mórbida motivadora da incapacidade

elencada na Classificação Internacional de Doenças (CID), em conformidade com o que dispuser o regulamento (BRASIL, 2006).

Com a utilização da CID e da Classificação Nacional de Atividade Econômica (CNAE), o enquadramento das doenças ocupacionais foi facilitado, pois houve a correlação das atividades profissionais com as possíveis doenças sofridas pelos trabalhadores.

O Quadro 2 mostra um resumo da legislação de saúde e segurança do trabalho no Brasil.

Quadro 2 - Resumo da Legislação de Saúde e Segurança do Trabalho no Brasil.

Legislação	Ano	Conteúdo
Lei nº 3734	1919	Estabelece o pagamento de indenização em casos de acidentes de trabalho ocorridos quando a responsabilidade for do empregador.
Decreto nº 13498	1919	Regulamenta a Lei nº 3734.
Lei Eloy Chaves - Decreto nº 4682	1923	Institui a Previdência Social, inicialmente criando uma CAP para os trabalhadores de uma empresa ferroviária.
Decreto nº 19433	1930	Cria o Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio.
Decreto nº 24367	1934	Substitui a Lei Eloy Chaves, tendo como fundamento jurídico o conceito de risco profissional, instituindo o depósito obrigatório para indenização e acrescentando a moléstia profissional.
Decreto- Lei nº 399	1938	Institui o adicional de insalubridade, com valores de 10, 20 e 40% do salário mínimo, para graus de insalubridade mínimo, médio e máximo, respectivamente.
Decreto-Lei nº 5452	1943	Cria a CLT.
Decreto nº 7036	1944	Todo evento que tivesse alguma relação de causa e efeito, ainda que não fosse o único responsável pela morte, perda ou redução da capacidade de trabalho, passa a configurar acidente de trabalho.
Lei nº 2573	1955	Concede adicional de periculosidade aos trabalhadores que prestam serviço em contato permanente com inflamáveis.
Lei nº 4330	1964	Regula o direito à greve.
Portaria nº 3237	1972	Cria a obrigatoriedade do SESMT.
Lei nº 6195	1974	Dá ao trabalhador rural cobertura sobre os acidentes de trabalho.

Fonte: Elaborado pela autora (2013).

Quadro 2 (Continuação) - Resumo da Legislação de Saúde e Segurança do Trabalho no Brasil.

Legislação	Ano	Conteúdo
Lei nº 6367	1976	Aumenta o espaço de cobertura contra o acidente de trabalho, eliminando, porém, todas as indenizações globais até então existentes; cria o auxílio-mensal, que deveria ser pago quando da perda ou redução da capacidade laboral; e uniformiza, tornando vitalício, o auxílio acidente quando, devido ao acidente, o trabalhador tivesse condições de trabalhar, mas não na atividade habitual que desenvolvia no momento da ocorrência.
Lei nº 6514	1977	Altera a CLT, servindo de base para a criação das NRs.
Portaria nº 3214	1978	Cria as NRs.
Portaria nº 3067	1988	Cria as NRRs.
Lei nº 8213	1991	Dá o conceito de acidente de trabalho.
Decreto nº 2172	1997	Regulamenta a Lei nº 8213, reforçando o conceito de acidente de trabalho e disciplinando a concessão dos benefícios da Previdência Social.
Decreto nº 3048	1999	Revoga o Decreto nº 2172.
Lei nº 11430	2006	Institui o nexo técnico epidemiológico.
Portaria nº 191	2008	Revoga as NRRs.

Fonte: Elaborado pela autora (2013).

Segundo Velasco et al. (2014), na área da saúde, os trabalhadores são expostos a vários tipos de acidentes, em especial os que atuam na área de enfermagem. Considerando que essa é a área responsável pelo maior contingente da força de trabalho dos estabelecimentos de saúde, cuja responsabilidade vai da assistência à gestão integral, constitui o grupo de trabalhadores que mais sofre com condições inadequadas de trabalho e com a insalubridade do ambiente (ARAÚJO; CAMPELO; ALVES, 2013).

No trabalho de enfermagem, é comum observar situações que expõem o trabalhador a riscos biológicos, tais como: agulhas, seringas e outros materiais contaminados (COSTA; SEPÚLVIDA, 2013). Porém, as dificuldades de aceitação e cumprimento de medidas preventivas são fatores existentes e, por isso, preocupantes, de modo que a saúde do trabalhador de enfermagem tem despertado preocupação, pois, quanto maior o esclarecimento sobre o risco, bem como a adoção de medidas de segurança, menor a possibilidade da ocorrência de doenças relacionadas ao trabalho adquiridas por meio da exposição a material biológico (SOARES et al., 2013).

2.2 SAÚDE E SEGURANÇA DO TRABALHO NO SERVIÇO PÚBLICO ESTADUAL CATARINENSE

Até o ano de 2009, a legislação estadual catarinense referente à saúde e segurança do trabalho no serviço público previa apenas o acidente de trabalho, a insalubridade, a penosidade e o risco de vida. Nesse sentido, o Estatuto dos Funcionários Públicos Cíveis de Santa Catarina, instituído pela Lei nº 6745, de 28 de dezembro de 1985, em seus Artigos 116 e 117, mencionou os acidentes de trabalho, chamados, no contexto do funcionalismo público estadual, de acidentes em serviço, assim como a obrigatoriedade do Estado em arcar com as despesas decorrentes e com pecúlio por falecimento, da seguinte forma:

Art. 116 – Nos casos de acidentes em serviço e de doença profissional, correrão por conta do Estado as despesas com transporte, estadia, tratamento hospitalar, aquisição de medicamentos e de equipamentos ou outros complementos necessários, o que será realizado, se possível, em estabelecimentos localizados no Estado.

§1º - Entende-se por doença profissional a que se deve atribuir, como relação de causa e efeito, às condições inerentes ao serviço ou fatos nele ocorridos.

§2º - Acidente em serviço é o evento danoso que tenha como causa mediata ou imediata, o exercício das atribuições inerentes ao cargo.

§3º - Considera-se também acidente a agressão física sofrida e não provocada pelo funcionário no exercício de suas atribuições ou em razão delas.

§4º - A comprovação do acidente será feita em processo regular pelo prazo de 08 (oito) dias.

Art. 117 – Ocorrendo o falecimento do funcionário, em consequência de acidente em serviço ou doença profissional, o valor da pensão assegurada pela entidade previdenciária estadual aos seus dependentes, na forma da regulamentação própria, será complementado pelo Estado, até o montante da sua remuneração.

§1º - Nas hipóteses previstas neste artigo será devido a seus dependentes um pecúlio pago de uma só vez, equivalente a cinco vezes o valor dos vencimentos do funcionário falecido (SANTA CATARINA, 1985).

A regulamentação do acidente em serviço ocorreu com o Decreto nº 1456, de 23 de dezembro de 1996. O referido Decreto apresentou o conceito de acidente em serviço como sendo “o dano físico ou mental sofrido pelo servidor, que se relacione, mediata ou imediatamente, com o exercício das funções, atividades e atribuições do cargo por ele ocupado” (SANTA CATARINA, 1996a), sendo considerados, ainda:

I - a doença profissional, assim entendida a inerente ou peculiar a determinado ramo de atividade e constante de legislação específica de qualquer esfera;

II - as doenças do trabalho que, mesmo não constando de legislação específica, guardem perfeita relação de nexos causal com as atividades efetivamente desempenhadas ou com as condições ambientais ergonômicas inerentes ao exercício dessas atividades;

III - a doença do trabalho proveniente de contaminação acidental, no exercício de atividade ligada a agente biológico, com perfeita relação de nexos causal;

IV - o acidente sofrido pelo servidor, ainda que fora do local e do horário de trabalho, nas seguintes condições:

a) na execução de ordem ou realização de serviço por determinação de autoridade superior;

b) na prestação espontânea de qualquer serviço à entidade, para lhe evitar prejuízo ou proporcionar proveito;

c) no percurso da residência para o trabalho ou deste para aquela.

V - o acidente sofrido pelo servidor no local de trabalho em consequência de:

a) ato de sabotagem, ofensa física, inclusive de terceiro, por qualquer motivo;

b) ato de imprudência, de negligência ou de imperícia de terceiro, inclusive de companheiro de trabalho;

c) desabamento, inundação, incêndio ou outra eventualidade fortuita ou decorrente de força maior;

d) ato de pessoa privada do uso da razão (SANTA CATARINA, 1996a)

Silva (2009) salienta que o Decreto nº 1456, de 23 de dezembro de 1996, excluiu do conceito de acidente em serviço as doenças degenerativas inerentes a grupos etários, bem como as que não acarretam incapacidade laborativa, e acrescentou aqueles acidentes sofridos em período de descanso

ou refeição no local de trabalho. Nesse sentido, o Decreto nº 2375, de 12 de maio de 2009, alterou o item “c”, do inciso IV citado, considerando, também, o percurso do local de refeição para o trabalho ou desse para aquele, desde que atestado pelo setorial de recursos humanos, trajeto e horário habitual (SANTA CATARINA, 2009a).

O Decreto nº 1456, de 23 de dezembro de 1996, deu à GESAO, da SEA, a competência de “emitir parecer conclusivo acerca da caracterização, ou não, do acidente em serviço, estabelecendo o indispensável nexo causal entre as lesões verificadas e o exercício da atividade laborativa do servidor” (SANTA CATARINA, 1996^a). Ao mesmo tempo, consonante com o Estatuto dos Funcionários Públicos Cíveis de Santa Catarina, em seu Artigo 9, dispôs que:

correrão por conta do Estado, nos casos de acidentes em serviço ou doença profissional, as despesas com transportes, estadia, tratamento hospitalar, próteses, órteses, aquisição de medicamentos e de equipamentos ou outros complementos necessários, o que será realizado, se possível, em estabelecimentos localizados no Estado (SANTA CATARINA, 1996a).

O pagamento ou ressarcimento de despesas decorrentes de acidentes em serviço, feito apenas após realizada a caracterização dos mesmos, foi regulamentado, porém, apenas pela Instrução Normativa nº 8, de 10 de maio de 2000. As normas a serem seguidas, nesse contexto, são:

- a) Os serviços médicos, hospitalares e exames complementares terão por base a tabela do Plano de Assistência à Saúde dos Servidores do Estado de Santa Catarina em vigor na data do acidente;
- b) Os medicamentos terão por base o guia farmacêutico Brasíndice, publicado quinzenalmente pela Andrei Publicações Médicas, Farmacêuticas e Técnicas, com no mínimo três orçamentos;
- c) Quando houver necessidade de deslocamento do servidor acidentado para tratamento de seqüelas decorrentes de acidente em serviço, caracterizado como tal, para fora do domicílio (município ou estado), deverá ser observado o seguinte:
 - O procedimento deverá ser previamente autorizado pela DSAS/GESAO;

- O transporte será realizado em veículo oficial ou ambulância pública ou por transporte coletivo. Nesse último caso, as passagens correrão por conta do órgão a que está vinculado o servidor acidentado;
- As diárias, inclusive para acompanhante quando necessário, serão relativas ao cargo do servidor acidentado, conforme os critérios previstos em legislação específica, quando da ocorrência do fato gerador;
- Não serão ressarcidas as despesas com combustível ou de uso de veículo não oficial (LOBO et al., 2008, p. 10-12).

Demais complementos, “como óculos, próteses e órteses, necessários ao tratamento das seqüelas do servidor acidentado, somente são pagos ou ressarcidos mediante a apresentação de no mínimo três orçamentos” (LOBO et al., 2008, p. 12). Para tratamentos prolongados, como fisioterapia, psicoterapia, fonoterapia, infiltrações e outros de igual complexidade e ou medicamentos de uso contínuos, um procedimento chamado Autorização Prévia é exigido antes de serem contraídas as despesas, devendo essas ser acompanhadas de relatório do profissional que trata o servidor acidentado e também com apresentação de três orçamentos (LOBO et al., 2008).

A Instrução Normativa nº 8, de 10 de maio de 2000, trouxe também os casos que não são passíveis de pagamento ou ressarcimento de despesas, sendo eles:

- a) as despesas não vinculadas diretamente à lesão sofrida pelo servidor como: danos materiais em veículos, serviços de guincho entre outras;
- b) os atendimentos efetuados pelo SUS;
- c) as despesas cobertas por outro tipo de plano de saúde ou plano de seguro (SANTA CATARINA, 2000).

Os procedimentos para tratamento do acidentado, ainda segundo a referida Instrução Normativa, “deverão ser realizados, se possível, em estabelecimentos localizados no território do Estado de Santa Catarina, mais próximos da residência do servidor acidentado” (SANTA CATARINA, 2000). Não sendo isso possível, Silva (2009) afirma que a legislação permite que sejam aceitas justificativas para Autorização Prévia, salvo em casos de emergência.

O Decreto nº 2375, de 12 de maio de 2009, ao abrir a possibilidade dos acidentes ocorridos anteriormente à vigência da legislação serem caracterizados como acidentes em serviço, previu a prescrição quinquenal para efeito de pagamento ou ressarcimento de despesas (SANTA CATARINA, 2009a). A Instrução Normativa nº 8, de 28 de junho de 2010, por fim, acrescentou à lista de casos que não são passíveis de ressarcimento as despesas com combustível ou de uso de veículo não oficial (SANTA CATARINA, 2010).

Paralelamente ao desenvolvimento e atualização da legislação relativa a acidentes em serviço, seguia a referente à insalubridade, penosidade e risco de vida. Também proveniente da Lei nº 6745, de 28 de dezembro de 1985, que institui o Estatuto dos Funcionários Públicos Cíveis de Santa Catarina, teve seu início no Artigo 85, inciso VII, que concedeu a gratificação pela prestação de serviços em locais insalubres e com risco de vida.

A Lei nº 81, de 10 de março de 1993, em seu Artigo 36, transformou a gratificação pela prestação de serviços em locais insalubres e com risco de vida prevista no Estatuto em gratificação de penosidade, insalubridade e risco de vida (SANTA CATARINA, 1993). O Decreto nº 4307, de 28 de fevereiro de 1994, dispôs sobre os critérios para a concessão dessas gratificações, entendendo:

- I - por atividades consideradas penosas, o trabalho árduo, difícil, molesto, trabalhoso, incômodo, doloroso, rude e que exige a atenção constante e vigilância acima do comum;
- II - por atividades consideradas insalubres, aquelas que, por sua própria natureza ou métodos de trabalho, expõem direta e permanentemente a agentes físicos, químicos ou biológicos, nocivos à saúde, acima dos limites de tolerância;
- III - por atividades executadas com risco de vida, aquelas que, por sua natureza ou métodos de trabalho, expõem, a contínuo perigo, a vida (SANTA CATARINA, 1994).

De acordo com Silva (2009), o Decreto nº 975, de 25 de junho de 1996, dispôs sobre novos critérios de concessão da gratificação de penosidade, insalubridade e risco de vida, sendo incluídos, no último conceito, os agentes considerados perigosos, segundo o que previa, na época, a NR 16, do MTE, referente a atividades e operações perigosas. O Parágrafo Único do seu Artigo 1, trouxe as definições para as atividades:

I - penosas, o trabalho árduo, difícil, molesto, trabalhoso, incômodo, doloroso, rude e que exige atenção constante e vigilância acima do comum;

II - insalubres, aquelas que, por sua própria natureza ou métodos de trabalho, expõem direta e permanentemente os servidores a agentes físicos, químicos ou biológicos nocivos à saúde, em razão da natureza e da intensidade do agente e do tempo de exposição aos seus efeitos;

III - executadas com risco de vida aquelas que, por sua natureza ou métodos de trabalho, expõem a vida a contínuo perigo (SANTA CATARINA, 1996b).

Dessa forma, ainda segundo o Decreto nº 975, de 25 de junho de 1996, as gratificações de penosidade, insalubridade e risco de vida foram atribuídas:

I - a título de insalubridade, de acordo com a caracterização do agente nocivo, por meio de laudo pericial, considerando o local de exercício e a atividade executada;

II - a título de penosidade para os servidores lotados e em efetivo exercício na Colônia Santana e no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, tendo em vista as características próprias do paciente portador de doença mental;

III - a título de risco de vida para os servidores lotados e em efetivo exercício:

a) nos centros de internação de adolescentes, autores de atos infracionais vinculados à Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania;

b) nas atividades de fiscalização relativas ao controle da qualidade do meio ambiente, preservação e restauração da flora e da fauna;

c) nas unidades de execução e tratamento penais da Secretaria de Estado da Segurança Pública e Defesa do Cidadão;

d) nas fundações ou entidades assistenciais que atuam com a triagem, guarda e encaminhamento, inclusive orientação, de menores carentes, abandonados e com desvio de conduta, cujos servidores sejam dos órgãos da administração direta, autarquias e fundações do poder executivo, à disposição com ônus ou por imperativo de convênio; e,

e) nas atividades ou operações perigosas que, por sua natureza ou métodos de trabalho, impliquem o contato permanente com explosivos, inflamáveis, eletricidade e radiações ionizantes, caracterizadas em laudo pericial (SANTA CATARINA, 1996b).

A regulamentação do Decreto nº 975, de 25 de junho de 1996, veio com a publicação da Portaria nº 2466, de 29 de junho de 1996. Ela deu à SEA, por meio da GESAO, a atribuição de caracterizar e classificar a gratificação de penosidade, insalubridade e risco de vida, a ser feita com base em suas duas NRs, referentes a atividades e operações insalubres - NR I e a atividades e operações com risco de vida - NR II (SANTA CATARINA, 1996c). Trouxe, ainda, o conceito de Limite de Tolerância como sendo “a concentração ou intensidade máxima ou mínima, relacionada com a natureza e o tempo de exposição ao agente, que não causará dano a saúde do trabalhador, durante a sua vida laboral” (SANTA CATARINA, 1996c).

A NR I, da Portaria nº 2466, de 29 de junho de 1996, apresentava seis anexos adaptados da NR 15 (atividades e operações insalubres) do MTE, a fim de servirem de parâmetros para caracterização e classificação da insalubridade para os agentes físicos, químicos e biológicos, conforme seguem:

- a) Anexo 1: Limites de tolerância para ruído contínuo ou intermitente e limites de tolerância para ruídos de impacto;
- b) Anexo 2: Limites de tolerância para exposição ao calor;
- c) Anexo 3: Vibrações;
- d) Anexo 4: Agentes químicos;
- e) Anexo 5: Poeiras minerais;
- f) Anexo 6: Avaliação por inspeção em local de trabalho (radiações não ionizantes, frio, umidade, agentes biológicos e químicos).

A NR II, por sua vez, contava com quatro anexos adaptados da NR 16 (atividades e operações perigosas) do MTE, com o objetivo de serem referências para a caracterização e classificação de atividades com risco de vida, sendo eles:

- a) Anexo 1: Explosivos;
- b) Anexo 2: Inflamáveis;
- c) Anexo 3: Eletricidade;
- d) Anexo 4: Radiações ionizantes.

A Portaria nº 314, de 19 de maio de 2011, alterou a Portaria nº 2466, de 29 de junho de 1996, estabelecendo algumas definições como transmissibilidade, patogenicidade, natureza e intensidade do agente,

exposição direta e permanente, entre outras, com o objetivo de padronizar o enquadramento das atividades laborais sujeitas a risco biológico. Por fim, a Portaria nº 966, de 26 de novembro de 2013, revogou as duas portarias anteriores, considerando como atividades:

I – insalubres àquelas que, por sua natureza, condições ou métodos de trabalho, exponham os servidores a agentes nocivos à saúde acima dos limites de tolerância fixados, em razão da natureza e da intensidade do agente e do tempo de exposição aos seus efeitos.

II - executadas com risco de vida, aquelas que, por sua natureza ou métodos de trabalho, impliquem risco acentuado em virtude de exposição permanente do servidor a inflamáveis e/ou explosivos e/ou energia elétrica e/ou a roubos ou outras espécies de violência física nas atividades profissionais de segurança pessoal ou patrimonial (SANTA CATARINA, 2013).

A mesma Portaria prevê que os Laudos Técnicos de Avaliação Pericial de Insalubridade ou Risco de Vida podem ser executados apenas por médicos do trabalho ou engenheiros de segurança do trabalho, podendo esses ser auxiliados por profissionais das áreas de ciências tecnológicas, ciências da saúde, ciências biológicas, entre outras áreas afins (SANTA CATARINA, 2013). Já com relação aos critérios para caracterização e enquadramento como atividades insalubres ou com risco de vida, seus Artigos 3 e 4 assumem como referência as NRs do MTE na íntegra, como segue:

Art. 3 Os laudos técnicos periciais de insalubridade deverão utilizar os critérios técnicos de identificação dos riscos ambientais e metodologias de avaliação estabelecidos na NR 15, da Portaria nº 3214, de 08 de junho de 1978, do MTE, e as NHO da Fundacentro, e suas alterações posteriores.

Art. 4 Os laudos técnicos periciais de risco de vida deverão utilizar os critérios técnicos e metodologias de avaliação estabelecidos na NR 16, da Portaria nº 3214, de 08 de junho de 1978, do MTE, e suas alterações posteriores (SANTA CATARINA, 2013).

Com o objetivo de criar uma política global de saúde e segurança para os servidores estaduais, a Lei nº 14609, de 7 de janeiro de 2009, instituiu o Programa Estadual de Saúde Ocupacional do Servidor Público, apresentando os seguintes conceitos:

I - Saúde Ocupacional do Servidor: valor social público, para o qual concorrem fatores ambientais, sociais, psicológicos, políticos, econômicos e organizacionais, que afetam o bem estar dos servidores públicos estaduais no ambiente de trabalho;

II - Público Alvo: todos os servidores que mantém qualquer tipo de vínculo de trabalho com o Poder Executivo estadual, independentemente do regime jurídico a que se submetem;

III - Risco Ocupacional: tem por base a frequência, o grau de probabilidade e as consequências da ocorrência de um determinado evento, por meio da ação de fatores de risco, isolados ou simultâneos, geradores de dano futuro imediato ou remoto à saúde do servidor, classificados, em função de sua natureza, concentração, intensidade e tempo de exposição, como físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, mecânicos, psicológicos e sociais;

IV - Desempenho Global da Saúde Ocupacional: aferição de resultados mensuráveis, relativos ao controle dos riscos à saúde e à segurança no trabalho do servidor público estadual;

V - Equipes Multiprofissionais de Saúde Ocupacional: grupo de servidores tecnicamente habilitados, com a função de executar as ações de saúde ocupacional na administração pública estadual;

VI - Vida Laboral Plena: compreende o período de tempo contado desde a data da admissão do servidor até a sua inatividade (SANTA CATARINA, 2009b).

Essa Lei, segundo Silva (2009), apresenta como ponto de grande relevância a obrigatoriedade dos órgãos estaduais do poder executivo de manterem, em seus quadros de funcionários, equipes técnicas especializadas em saúde e segurança do trabalho, a fim de que ações de prevenção possam ser executadas. Outra consideração que a Lei sugere é a definida em seu Artigo 11, que abrange a realização obrigatória de exames de saúde, estando entre eles, admissionais, periódicos, de retorno ao

trabalho, de mudança de função e demissionais, compreendendo a avaliação clínica (anamnese ocupacional e exame físico e mental) e exames complementares, a serem realizados a encargo do Estado (SILVA, 2009).

A Lei nº 14609, de 7 de janeiro de 2009, foi regulamentada pelo Decreto nº 2709, de 27 de outubro de 2009, que instituiu o MSO. Ele contém trinta capítulos, nos moldes das NRs do MTE, normatizando diversos assuntos relativos à saúde e segurança do trabalho, de acordo com os órgãos e ambientes de trabalho do Estado. Os temas/títulos dos capítulos são mostrados no Quadro 3.

O grande diferencial presente na legislação de saúde e segurança do trabalho no funcionalismo público estadual catarinense, mais especificamente em relação ao MSO, é a ênfase dada aos riscos psicológicos e sociais. O Capítulo II, relativo às Equipes Multiprofissionais de Saúde Ocupacional (EMSO), por exemplo, foi desenvolvido conforme a NR 4 do MTE, que trata do SESMT. Em seu Quadro II, porém, estão previstos profissionais da área de psicologia e serviço social³, como pode ser visto no Quadro 4. Existem, também, no MSO, quatro Capítulos específicos sobre a abordagem dos riscos psicológicos e sociais, sendo eles:

- a) Capítulo VI - Do Programa de Prevenção de Riscos Psicológicos e Sociais (PPRPS);
- b) Capítulo VII - Do Programa de Avaliação Psicológica (PAP);
- c) Capítulo VIII - Do Programa de Prevenção e Acompanhamento à Dependência de Álcool e Outras Drogas;
- d) Do Programa de Prevenção do Assédio Moral.

Desde a aprovação do Decreto que instituiu o MSO, foram ministrados pela SEA cursos de Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) a vinte e oito turmas, sendo 506 servidores capacitados (informação verbal)⁴. Isso significa dizer que alguns servidores estão aprendendo e passando a ser organismos multiplicadores de saúde e segurança do trabalho no Estado.

³ Os órgãos obrigados a constituir EMSO devem contar ainda com um assistente administrativo e um fisioterapeuta do trabalho para cumprir as determinações de saúde ocupacional previstas em Lei, sendo a Secretaria de Estado da Educação (SED), a Fundação Catarinense de Educação Especial (FCEE) e a Fundação Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) obrigadas a ter um fonoaudiólogo integrando as equipes (SERAFIM et al, 2009).

⁴ Informação fornecida pela enfermeira do trabalho Sabrina Leitis Ramos, servidora da GESAO, em 2013.

Quadro 3 – Temas dos Capítulos do MSO.

Capítulo I	Das Disposições Iniciais
Capítulo II	Das Equipes Multiprofissionais de Saúde Ocupacional
Capítulo III	Da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes
Capítulo IV	Do Equipamento de Proteção Individual e do Equipamento de Proteção Coletiva
Capítulo V	Do programa de controle médico e saúde ocupacional
Capítulo VI	Do Programa de Prevenção de Riscos Psicológicos e Sociais
Capítulo VII	Do Programa de Avaliação Psicológica
Capítulo VIII	Do Programa de Prevenção e Acompanhamento à Dependência de Álcool e Outras Drogas/SC
Capítulo IX	Do Programa de Prevenção do Assédio Moral
Capítulo X	Das Edificações
Capítulo XI	Do Programa de Prevenção aos Riscos Ambientais
Capítulo XII	Da Segurança em Instalação e Serviços em Eletricidade
Capítulo XIII	Do Transporte, da Movimentação, da Armazenagem e do Manuseio de Materiais
Capítulo XIV	Das Máquinas e dos Equipamentos
Capítulo XV	Das Caldeiras e dos Vasos de Pressão
Capítulo XVI	Da Ergonomia
Capítulo XVII	Das Condições e do Meio Ambiente de Trabalho em Construção
Capítulo XVIII	Dos Explosivos
Capítulo XIX	Dos Líquidos Combustíveis e Inflamáveis
Capítulo XX	Dos Trabalhos a Céu Aberto
Capítulo XXI	Da Proteção Contra Incêndios
Capítulo XXII	Das Condições Sanitárias e de Conforto nos Locais de Trabalho
Capítulo XXIII	Dos Resíduos Industriais
Capítulo XXIV	Da Sinalização de Segurança
Capítulo XXV	Da Segurança e Saúde no Trabalho Portuário
Capítulo XXVI	Da Segurança e Saúde no Trabalho Aquaviário
Capítulo XXVII	Da Segurança e Saúde no Trabalho na Agricultura, Pecuária, Silvicultura, Exploração Florestal e Aquicultura
Capítulo XXVIII	Da Segurança e Saúde no Trabalho em Serviços de Saúde
Capítulo XXIX	Dos Trabalhos em Espaços Confinados
Capítulo XXX	Do Laudo Técnico de Condições Ambientais

Fonte: Elaborado pela autora (2013).

Quadro 4 – Quadro II do Capítulo II do MISO.

Grau de Risco	Técnicos/Número de Servidores no Estabelecimento	50 a 100	101 a 250	251 a 500	501 a 1.000	1.001 a 2.000	2.001 a 3.500	3.501 a 5.000	Acima de 5000 para cada grupo de 4000 ou fração acima 2000
1	Técnico de Segurança do Trabalho		1	1	1	1	1	2	1
	Engenheiro de Segurança do Trabalho						1	1	1
	Técnico de Enfermagem do Trabalho						1	1	1
	Enfermeiro do Trabalho							1	
	Médico do Trabalho					1	1	1	1
	Psicólogo			1	1	2	2	3	
	Assistente Social			1	1	2	2	3	
2	Técnico de Segurança do Trabalho		1	1	1	1	2	5	1
	Engenheiro de Segurança do Trabalho					1	1	1	1
	Técnico de Enfermagem do Trabalho					1	1	1	1
	Enfermeiro do Trabalho							1	
	Médico do Trabalho					1	1	1	1
	Psicólogo							1	
	Assistente Social					1	1	1	1
			1	1	2	2	3	4	
			1	1	2	2	3	4	

Fonte: Adaptado de SERAFIM et al. (2009).

Quadro 4 (Continuação) – Quadro II do Capítulo II do MSO.

Grau de Risco	Técnicos/Número de Servidores no Estabelecimento	50	101	251	501	1.001	2.001	3.501	Acima de 5000 para cada grupo de 4000 ou fração acima 2000
		a 100	a 250	a 500	a 1.000	a 2000	a 3.500	a 5.000	
3	Técnico de Segurança do Trabalho		1	2	3	4	6	8	3
	Engenheiro de Segurança do Trabalho				1	1	1	2	1
	Técnico de Enfermagem do Trabalho					1	2	1	1
	Enfermeiro do Trabalho							1	
	Médico do Trabalho		1		1	1	1	2	1
	Psicólogo		1	2	2	3	3	4	
4	Assistente Social		2	2	2	3	3	4	
	Técnico de Segurança do Trabalho	1	1	3	4	5	8	10	3
	Engenheiro de Segurança do Trabalho			1	1	1	2	3	1
	Técnico de Enfermagem do Trabalho	1			1	1	2	1	1
	Enfermeiro do Trabalho							1	
	Médico do Trabalho		1	1	1	1	2	3	1
	Psicólogo		1	2	3	4	4	5	
	Assistente Social		1	2	3	4	4	5	

Fonte: Adaptado de SERAFIM et al. (2009).

□

Um resumo da legislação de saúde e segurança do trabalho no serviço público estadual catarinense pode ser visto no Quadro 5.

Quadro 5 – Resumo da Legislação de Saúde e Segurança do Trabalho no Serviço Público Estadual Catarinense.

Legislação	Ano	Conteúdo
Lei nº 6745	1985	- Artigos 116 e 117 referem-se a acidentes em serviço, ressarcimento por despesas decorrentes e pecúlio por morte. - Artigo 85 concede a gratificação pela prestação de serviços em locais insalubres e com risco de vida.
Lei nº 81	1993	Artigo 36 transforma a gratificação pela prestação de serviços em locais insalubres e com risco de vida em gratificação de penosidade, insalubridade e risco de vida.
Decreto nº 4307	1994	Regulamenta a Lei nº 81, dispondo sobre os critérios para a concessão das gratificações.
Decreto nº 975	1996	Dispõe sobre novos critérios de concessão da gratificação de penosidade, insalubridade e risco de vida, sendo incluídos, no último conceito, os agentes considerados perigosos.
Portaria nº 2466	1996	Regulamenta o Decreto nº 975, dá à SEA a atribuição de caracterizar e classificar a gratificação de penosidade, insalubridade e risco de vida, a ser feita com base em suas duas NRs, referentes a atividades e operações insalubres - NR I e a atividades e operações com risco de vida - NR II.
Decreto nº 1456	1996	Regulamenta os artigos 116 e 177 da Lei nº 6745, no que diz respeito a acidente em serviço.
Instrução Normativa nº 8	2000	Regulamenta o Decreto nº 1456, referente ao pagamento ou ressarcimento de despesas decorrentes de acidentes em serviço.
Lei nº 14609	2009	Institui o Programa Estadual de Saúde Ocupacional do Servidor Público.
Decreto nº 2375	2009	Altera o Decreto nº 1456, abrindo a possibilidade dos acidentes ocorridos anteriormente à vigência da legislação serem caracterizados como acidentes em serviço e prevendo a prescrição quinquenal para efeito de pagamento ou ressarcimento de despesas.

Fonte: Elaborado pela autora (2013).

Quadro 5 (Continuação) – Resumo da Legislação de Saúde e Segurança do Trabalho no Serviço Público Estadual Catarinense.

Legislação	Ano	Conteúdo
Decreto nº 2709	2009	Regulamenta a Lei nº 14609, instituindo o MSO.
Instrução Normativa nº 8	2010	Altera a Instrução Normativa nº 8, acrescentando à lista de casos que não são passíveis de ressarcimento as despesas com combustível ou de uso de veículo não oficial
Portaria nº 314	2011	Altera a Portaria nº 2466, estabelecendo algumas definições para padronizar o enquadramento das atividades laborais sujeitas a risco biológico
Portaria nº 966	2013	Revoga as Portarias nº 2466 e nº 314, assumindo as NRs 15 e 16 do MTE como referências para caracterização de insalubridade e risco de vida, respectivamente.

Fonte: Elaborado pela autora (2013).

2.3 PROCESSOS DE COMUNICAÇÃO DE ACIDENTES

De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (2001, p. 5), comunicação de acidente é “a informação que se dá aos órgãos interessados, em formulário próprio, quando da ocorrência de um acidente”, enquanto o registro de acidente vem a ser “o registro pormenorizado, em formulário próprio, de informações e de dados de um acidente, necessários ao estudo de suas causas, circunstâncias e consequências”. Nesse contexto, formulários para registro de estatísticas e análise de acidente consistem em

formulários destinados ao registro individual ou coletivo de dados relativos a acidentes e respectivos acidentados, preparados, desse modo, a permitir a elaboração de estatísticas para análise de acidentes, com vistas à sua prevenção (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS, 2001, p. 5).

Existem diferentes sistemas de registro de acidentes, sendo eles vinculados diretamente ao órgão responsável pelo controle das notificações e pelos pagamentos de indenizações devidas. Esses órgãos podem ser órgãos privados, públicos ou mistos (SILVA, 2009).

2.3.1 Processos de Comunicação de Acidentes de Trabalho

No Brasil, os trabalhadores regidos pela CLT, fazem a notificação dos acidentes de trabalho ou das doenças profissionais ou do trabalho sofridos ao INSS, por meio de seus empregadores. A CAT é, segundo Silva (2009), o instrumento formal de registro utilizado nesses casos, podendo ser preenchido de forma manual (Anexo A) ou eletrônica (Anexo B).

De acordo com o Ministério da Previdência Social (2014), as empresas são obrigadas a informar à Previdência Social todos os acidentes de trabalho ocorridos com seus empregados, mesmo que não haja afastamento das atividades, até o primeiro dia útil seguinte ao da ocorrência e, em caso de morte, a comunicação deve ser imediata. A empresa que não informar o acidente de trabalho dentro do prazo legal estará sujeita à aplicação de multa (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2014).

Caso a empresa se omita na comunicação do acidente, o próprio trabalhador, o dependente, a entidade sindical, o médico ou a autoridade (magistrados, membros do Ministério Público ou pelos serviços jurídicos da União, dos Estados e do Distrito Federal e comandantes de unidades do Exército, da Marinha, da Aeronáutica, do Corpo de Bombeiros e da Polícia Militar), podem fazer o registro junto à Previdência Social. Para isso, devem ser emitidas quatro vias da CAT (uma via ao INSS, uma via ao segurado ou dependente, uma via ao sindicato de classe do trabalhador e uma via à empresa) (MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL, 2014).

O Quadro 6 mostra os tipos de CAT existentes.

Quadro 6 – Tipos de CAT.

Inicial	Refere-se à primeira comunicação do acidente ou doença do trabalho
Reabertura	Quando houver reinício de tratamento ou afastamento por agravamento da lesão (acidente ou doença comunicado anteriormente ao INSS)
Comunicação de Óbito	Refere-se à comunicação do óbito, em decorrência de acidente do trabalho, ocorrido após a emissão da CAT inicial. Deverá ser anexada a cópia da Certidão de Óbito e, quando houver, do laudo de necropsia.

Fonte: Ministério da Previdência Social (2014).

Bartolomeu (2002) lembra que, independente de quem preencher a CAT, a mesma deve ser encaminhada ao médico que der o atendimento ao acidentado para que ele preencha os campos referentes ao atendimento médico devendo ser, após isso, encaminhada ao INSS, onde será utilizada

para a emissão de relatórios e providências necessárias. O preenchimento do formulário deve seguir as instruções do Manual de Preenchimento da CAT (Anexo C).

2.3.2 Processos de Comunicação de Acidentes em Serviço

Os processos de emissão e registro das CEATs observam as etapas mostradas na Figura 2. Segundo Silva (2009), estabeleceu-se que, após ocorrido o acidente, inicialmente, deve ser providenciado o tratamento do servidor acidentado. Para a abertura do processo, então, o setorial/seccional de recursos humanos do servidor verifica a sua situação funcional, indicando se há outro afastamento. Nesse sentido, são observadas as situações, de acordo com Lobo et al. (2008):

a) Férias ou Licença Prêmio (LP): o setorial/seccional adota os procedimentos necessários que permitam à DSAS registrar o acidente e a Licença para Tratamento de Saúde (LTS), se for o caso;

b) Férias com data de início programada para durante o período do afastamento: o setorial/seccional altera a data de início das férias no sistema ou, se já ocorreu o processamento da prévia ou da definitiva folha de pagamento, ocasionando o processamento da gratificação (1/3 da remuneração), solicita à Diretoria de Gestão e Desenvolvimento de Pessoas (DGDP), da SEA, a sustação das férias com a consequente devolução da gratificação e a alteração do período de usufruto para o exercício atual; e,

c) LP com data de início programada para durante o período do afastamento: o setorial/seccional altera a data de início da LP para o dia subsequente ao término da LTS.

Nos casos de acidente em serviço sem necessidade de afastamento do trabalho ou com afastamento menor que três dias, quando não ocorre encaminhamento para LTS, até quarenta e oito horas após o acidente, o servidor deve procurar o setorial/seccional onde está lotado, que adota as seguintes providências, conforme Lobo et al. (2008):

a) Preenche os formulários MCP 037 - Comunicação Estadual de Acidente em Serviço (Anexo D) e MCP 041 - Declaração de Ocorrência de Acidente de Trabalho (Anexo E), orientando o servidor a buscar o laudo médico com o médico assistente que o atendeu, bem como as testemunhas que presenciaram o fato;

b) Anexa aos formulários os documentos comprobatórios, como registro policial, exame de corpo delito, exames médicos e outros documentos relacionados com a ocorrência do acidente;

c) De posse dos formulários e dos documentos comprobatórios, no prazo máximo de oito dias, protocola o processo e o encaminha à Unidade Regional de Saúde do Servidor (URSS) ou diretamente, via protocolo, à GESAO, sendo que essa última providencia a caracterização ou não, a codificação do formulário MCP 037 - Comunicação Estadual de Acidente em Serviço (Anexo D), a inclusão no Sistema Integrado de Gestão de Recursos Humanos (SIGRH), a devolução do processo e o arquivamento de cópia digital do mesmo; e,

d) Após o término do processo, informa ao servidor sobre a caracterização ou não da CEAT. Os processos de LTS são realizados via Perícia Médica e os afastamentos podem ou não ter relação com acidentes em serviço. Quando o acidente é caracterizado, cabe à GESAO converter a LTS para Licença para Tratamento de Saúde em Decorrência de Acidente em Serviço (LTA), com o lançamento de um código numérico diferente no SIGRH, procedimento que ainda não é executado.

Da mesma forma, Lobo et al. (2008) colocam que, na ocorrência de acidente em serviço com necessidade de afastamento do trabalho, até quarenta e oito horas após o acidente, o servidor ou pessoa designada por ele, se for o caso, deverá procurar o setorial/seccional onde está lotado, que adota as seguintes providências:

a) Preenche os formulários MCP 037 - Comunicação Estadual de Acidente em Serviço (Anexo D) e MCP 041 - Declaração de Ocorrência de Acidente de Trabalho (Anexo E), orientando o servidor a buscar o laudo médico com o médico que o atendeu, bem como com as testemunhas que presenciaram o fato;

b) Anexa aos formulários os documentos comprobatórios, como registro policial, exame de corpo delito, exames médicos e outros documentos relacionados com a ocorrência do acidente;

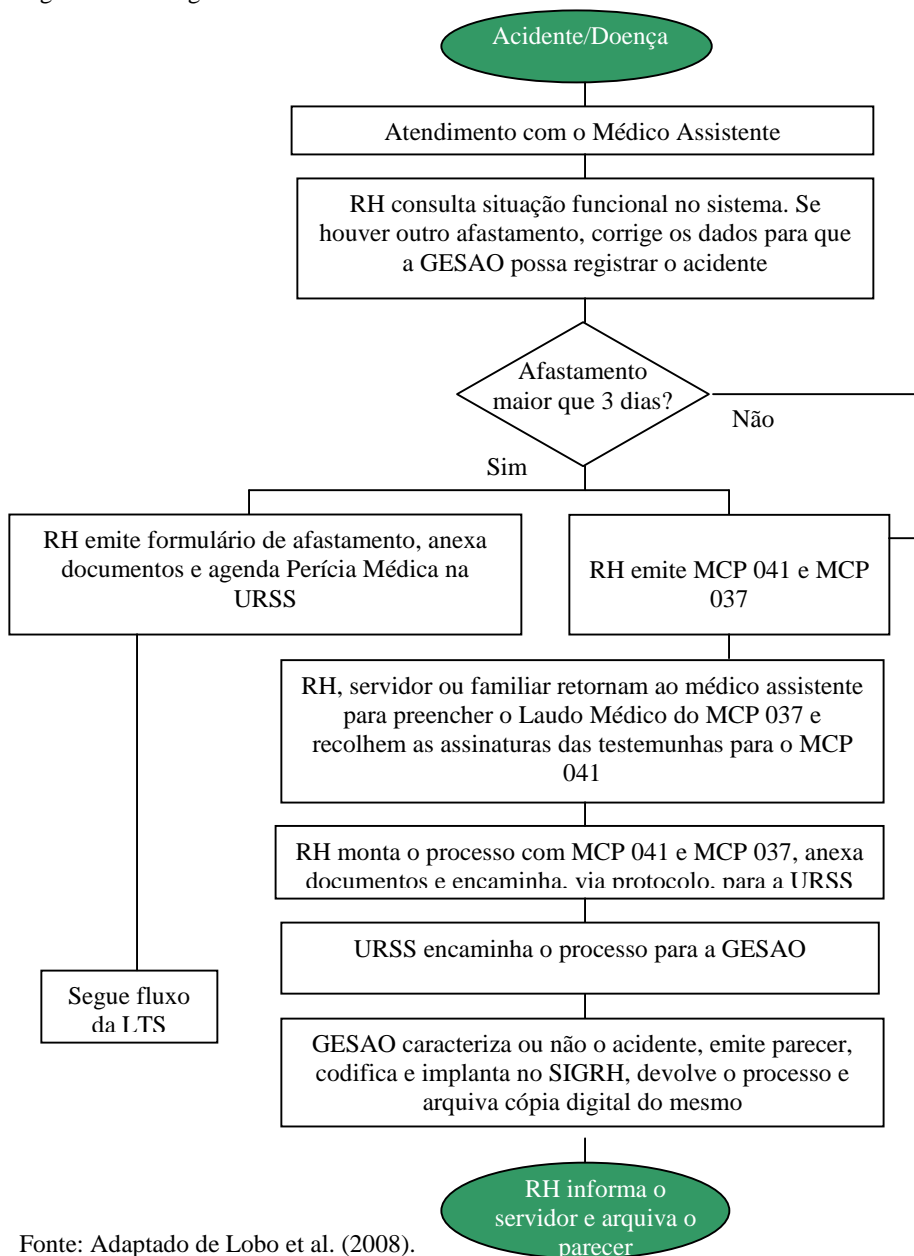
c) De posse dos formulários e dos documentos comprobatórios, no prazo máximo de oito dias, protocola o processo e encaminha à URSS ou diretamente, via protocolo, à GESAO, sendo, que esta providencia a caracterização ou não, a emissão de parecer, a alteração da LTS para LTA, se for o caso, a codificação do formulário MCP 037 - Comunicação Estadual de Acidente em Serviço (Anexo D), a inclusão no SIGRH, a devolução do processo e o arquivamento de cópia digital do mesmo; e,

d) Após o término do processo de acidente, informa ao servidor sobre a caracterização ou não do acidente, arquivando o parecer final.

A caracterização ou não do acidente como sendo em serviço é feita na GESAO pelo corpo de peritos, composto por médico do trabalho e engenheiro de segurança do trabalho. Após a análise do processo, outra parte do corpo técnico da GESAO promove a codificação do acidente

descrito na CEAT, segundo a Tabela de Codificação das CEATs (Anexo G), e a inclusão dos códigos no SIGRH, antes do arquivamento dos processos.

Figura 2 – Fluxograma dos Processos de CEAT.



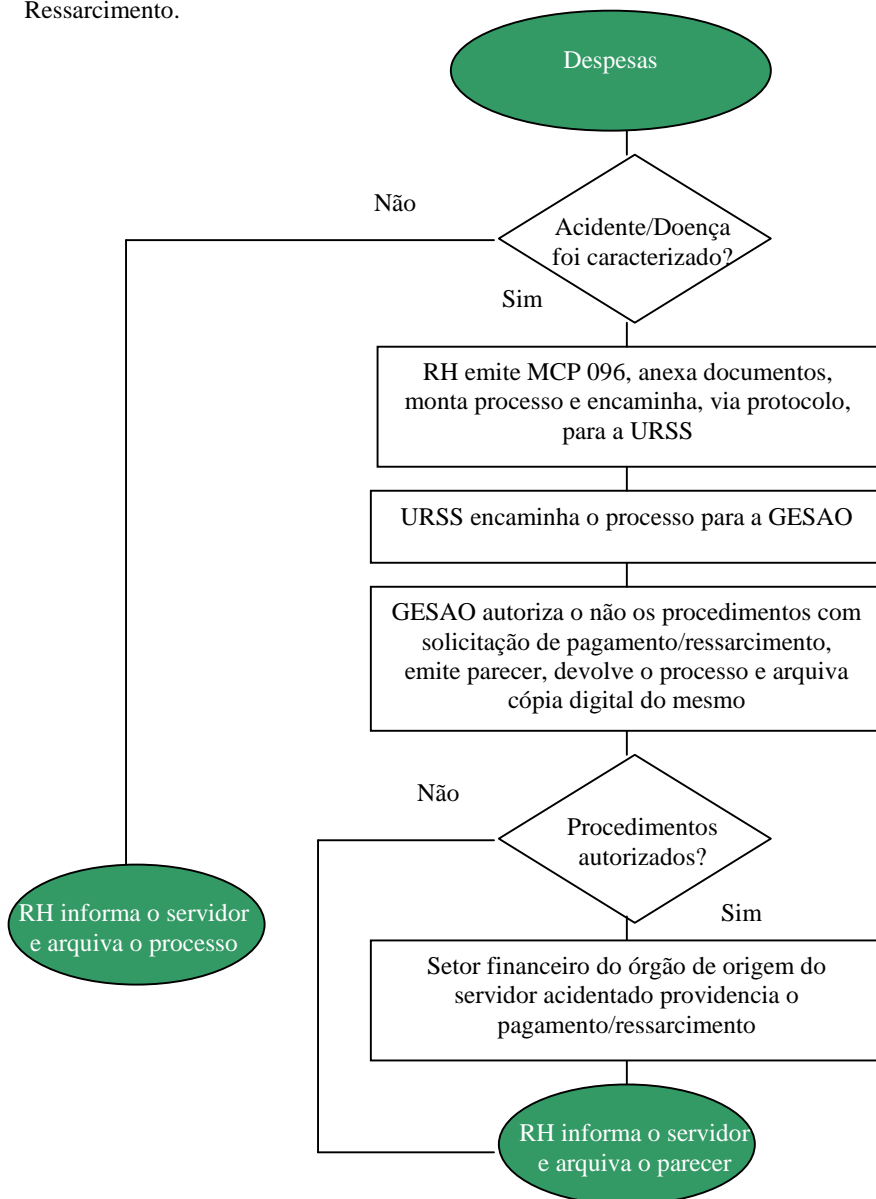
Fonte: Adaptado de Lobo et al. (2008).

Os processos de solicitação de pagamento ou ressarcimento de despesas observam as etapas mostradas na Figura 3. A solicitação de pagamento ou ressarcimento de despesas decorrentes de acidente em serviço é realizada no setorial/seccional de recursos humanos do servidor acidentado, que adota as seguintes providências, conforme Lobo et al (2008):

- a) Verifica, no sistema, se há caracterização do acidente;
- b) Reúne os documentos comprobatórios das despesas (notas fiscais, demonstrativos do Plano de Saúde comprovando descontos referentes ao acidente, entre outros) e preenche o formulário MCP 096 - Solicitação de Pagamento ou Ressarcimento de Despesas (Anexo F); e,
- c) Protocola o formulário e os documentos e encaminha o processo para a URSS, ou diretamente à GESAO, via protocolo.

Após a emissão do parecer, o processo é devolvido ao setorial/seccional de recursos humanos do órgão de origem do servidor, sendo arquivada cópia digital na GESAO. Se o parecer for favorável, o processo é encaminhado ao Setor Financeiro ou Gerência de Administração do órgão de origem, que tem o prazo de trinta dias para realizar o pagamento ou ressarcimento. O estabelecimento do nexo do procedimento/despesa com a lesão sofrida pelo acidente e a conseqüente autorização para pagamento ou ressarcimento de despesas são feitos pela GESAO, por um profissional da área de medicina do trabalho.

Figura 3 – Fluxograma dos Processos de Solicitação de Pagamento ou Ressarcimento.



Fonte: Adaptado de Lobo et al. (2008).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

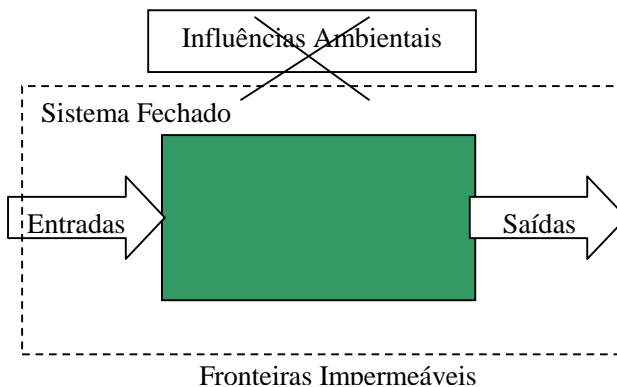
Neste capítulo são apresentados os procedimentos metodológicos que orientam a pesquisa. São descritos a base filosófica, os métodos e as características, incluindo sua natureza, tipificação, profundidade e amplitude, além das técnicas utilizadas. Em seguida, é mostrado o contexto em que a pesquisa se desenvolve, com a respectiva apresentação do órgão alvo do estudo. Por fim, têm-se demonstrados os processos de coleta e análise de dados, além das etapas da pesquisa.

3.1 BASE FILOSÓFICA

Por tratar de relações entre variáveis, onde as entradas foram os dados sobre os acidentes em serviço e as saídas as distribuições de frequência, as medidas descritivas e a identificação das relações propriamente ditas entre as variáveis consideradas, esta pesquisa utilizou como base filosófica o positivismo. Para Pacheco Júnior, Pereira e Pereira Filho (2007, p. 45-46), o positivismo procura “estudar a relação objetiva entre variáveis em estudo (entradas e saída) através da experiência – único critério da verdade –, mostrando a valia ou não de interdependência”.

Considerando a ótica sistêmica, o positivismo gera conhecimento das leis que regem os fenômenos, priorizando as entradas (causas) e as saídas (efeitos), explicando-o em termos de lógica e racionalidade, em um contexto restrito (PACHECO JÚNIOR; PEREIRA; PEREIRA FILHO, 2007), como mostra a Figura 4.

Figura 4 – Concepção Sistêmica do Positivismo.



Fonte: Adaptada de Pacheco Júnior, Pereira e Pereira Filho (2007).

3.2 MÉTODOS DE PESQUISA

De acordo com Pacheco Júnior, Pereira e Pereira Filho (2007, p. 78), “o método de pesquisa se refere ao processo de raciocínio que leva ao conhecimento do fenômeno em estudo”. Nesse sentido, e considerando que houve a descrição dos processos envolvidos com os acidentes em serviço, inicialmente, foi utilizado o método descritivo,

“onde se parte da premissa de que os fenômenos para serem compreendidos em suas especificidades devem ser objetos de observação e subsequente descrição, visando possibilitar o conhecimento em relação aos elementos envolvidos e respectivos relacionamentos (PACHECO JÚNIOR; PEREIRA; PEREIRA FILHO, 2007, p.78).

Outro método utilizado foi o indutivo. Nesse método de pesquisa, parte-se “do conhecimento de fenômenos específicos do objeto de estudo à formulação de teorias e leis (conexão ascendente do raciocínio), ou seja, do particular para o geral e com o objetivo de generalizar as premissas da pesquisa” (PACHECO JÚNIOR; PEREIRA; PEREIRA FILHO, 2007, p. 55). A aplicação de testes estatísticos, assim, foi utilizada para explicar o possível relacionamento entre as variáveis.

3.3 CARACTERÍSTICAS DA PESQUISA

3.3.1 Natureza da Pesquisa

Segundo Pacheco Júnior, Pereira e Pereira Filho (2007), maior parte das pesquisas reconhecidas como quantitativas apresentam erro amostral de até 5% para pesquisas de campo e 10% para estudos de campo. Por utilizar amostra não aleatória, sem a determinação do erro amostral, a pesquisa foi caracterizada como de natureza qualitativa o que, para Miguel (2010), não significa a exclusão da quantificação das variáveis.

Por outro lado, por utilizar ferramentas estatísticas para a análise de variáveis, a presente pesquisa apresenta também natureza quantitativa. Para Diehl (2004), entre os estudos quantitativos podem ser citados os de correlação de variáveis ou descritivos, os quais, por meio de técnicas estatísticas, objetivam explicar o grau de relação e o modo de operação, além dos estudos comparativos causais, onde o pesquisador parte dos

efeitos observados para descobrir seus antecedentes, e os estudos experimentais, que proporcionam meios para testar hipóteses.

3.3.2 Tipificação da Pesquisa

Em relação à lógica dos procedimentos adotados, considerando o número pouco expressivo de estudos sobre acidentes no contexto do funcionalismo público, a tipificação assumida para a presente pesquisa foi exploratória e descritiva. Na pesquisa exploratória, para Pacheco Júnior, Pereira e Pereira Filho (2007, p. 80), “os procedimentos adotados são para investigações em que o objeto de estudo apresenta carência de conhecimento”.

Por outro lado, na pesquisa descritiva, os procedimentos adotados são para revelar as relações entre os elementos do objeto de estudo e, dessa forma, torna-se necessário um planejamento de investigação bem estruturado, como uma clara definição das técnicas (PACHECO JÚNIOR; PEREIRA; PEREIRA FILHO, 2007).

3.3.3 Profundidade e Amplitude da Pesquisa

Quanto à profundidade e amplitude da pesquisa, optou-se por um estudo de caso. Tem-se, assim,

“um estudo de caráter empírico que investiga um fenômeno atual no contexto da vida real, geralmente considerando que as fronteiras entre o fenômeno e o contexto onde se insere não são claramente definidas” (MIGUEL, 2010, p.130).

Pacheco Júnior, Pereira e Pereira Filho (2007) ratificam que o estudo de caso requer pouca amplitude da coleta de dados e grande profundidade no conteúdo para obtenção de conhecimento do objeto de estudo.

3.4 CONTEXTO DA PESQUISA

3.4.1 O Poder Executivo Estatual Catarinense

De acordo com Coelho (2011), Montesquieu se notabilizou como formulador da teoria da separação dos poderes, onde o Estado possui três funções fundamentais, das quais decorrem todas as suas ações: legislativa, executiva e judiciária.

Função Legislativa: refere-se à prerrogativa de instituir as normas e o ordenamento jurídico que regem as relações dos cidadãos entre si e desses com o Estado.

Função Executiva: exerce-se por meio de um conjunto de instrumentos administrativos e coercitivos tendo em vista assegurar o cumprimento das normas.

Função Judiciária: diz respeito à prerrogativa de julgar a adequação, ou inadequação, dos casos e atos particulares às normas gerais (COELHO, 2011, p. 29).

A ideia de distribuir o exercício do poder do Estado em vários órgãos independentes e especializados no desempenho de funções específicas acabou sendo adotada em todos os Estados do Ocidente e em todas as democracias (COELHO, 2011). Dessa forma, no Brasil, as funções do Estado encontram-se constitucionalmente distribuídas entre Poder Executivo, Legislativo e Judiciário, sendo suas competências e atribuições definidas e delimitadas pela Constituição Federal.

Coelho (2011) lembra, ainda, que Poder Executivo, Legislativo e Judiciário e função executiva, legislativa e judiciária são termos relacionados, mas não sinônimos.

Os primeiros, grafados com letras iniciais maiúsculas, referem-se às estruturas hierárquicas do Estado, que são constitucionalmente dotadas de autonomia umas em relação às outras. As segundas referem-se à distinta natureza dos diferentes atos do Estado, independentemente do poder constituído de onde emanam (COELHO, 2011, p. 32).

Nos Estados federativos, a separação entre Poder Executivo, Legislativo e Judiciário existente na esfera federal, também se reproduz nas esferas subnacionais. Nesse contexto, os Poderes Executivo federal, estadual e municipal têm as funções de:

- a) recolher os impostos que sustentam o funcionamento de todos os Poderes do Estado – recolhimento que é sempre compulsório e respaldado pelo uso da força, sempre que esta se fizer necessária;
- b) garantir a segurança interna dos cidadãos, entendida como a proteção da sua integridade física,

liberdade individual e do gozo dos seus bens, garantia essa que pousa sempre, em última instância, na possibilidade do recurso à força física e à utilização de armas; e,

c) proteger os cidadãos das agressões externas, função essa que cabe às forças armadas, que também se encontram sempre subordinadas ao Poder Executivo (COELHO, 2011 p. 39 – 40).

Em meio aos Poderes, a Administração Pública consiste no “conjunto de agentes públicos, órgãos e entidades administrativos encarregados por lei e regulamento do exercício das atividades administrativas” (OLIVEIRA; COSTA, 2010, p. 96). Ela se divide em administração centralizada, ou Administração Direta, e administração descentralizada, ou Administração Indireta.

A Administração Pública Direta caracteriza-se pela prestação dos serviços públicos de forma centralizada no Estado, enquanto a Administração Pública Indireta acontece quando o Estado descentraliza os serviços públicos em entidades dotadas de autonomia (OLIVEIRA; COSTA, 2010). Assim, quando o sistema da prestação de serviços públicos por meio da Administração Direta fica insuficiente, o Poder Executivo cria uma entidade da Administração Indireta para, conferindo um maior teor de liberdade administrativa, proporcionar melhor prestação dos serviços públicos.

Se o Estado, porém, em vez de criar uma entidade da Administração Pública Indireta resolve ele mesmo prestar os serviços públicos, isso ocorrerá, no âmbito da Administração Pública Direta, que terá as seguintes características:

- a) Centralização administrativa, considerando que os serviços públicos são prestados pelos próprios órgãos centralizados;
- b) Divisão das atribuições nos respectivos órgãos administrativos em escala hierárquica, ou seja, ocorre [...] desconcentração administrativa;
- c) Relacionamento piramidal e hierárquico entre os órgãos, com as seguintes possibilidades e obrigações: delegar competências, avocar competências, revogar e anular atos de órgãos inferiores, quando inconvenientes ao interesse público ou eivados de ilegalidades, dar ordens, receber e obedecer ordens legais;

- d) Ausência de personalidade jurídica dos órgãos [...]. Logo, em princípio, a personalidade jurídica é da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, assim tais entidades federativas é que são os sujeitos de direitos e obrigações; e,
- e) As competências são para o exercício das típicas atividades administrativas, ou seja, para a prestação de serviços públicos (OLIVEIRA; COSTA, 2010, p. 107-108).

Analogamente, a Administração Pública Indireta possui as seguintes características:

- a) Descentralização administrativa, considerando que os serviços públicos seriam prestados por outras entidades, fora do corpo centralizado da Administração Pública;
- b) Personalidade jurídica, tendo em vista que as entidades criadas, por razões de autonomia administrativa e financeira, possuem personalidade jurídica própria e, portanto, são sujeitos que podem contrair direitos e obrigações e atuar processualmente [...];
- c) Autonomia administrativa e financeira, ou seja, uma maior liberdade para administrar e gastar definida na lei de sua criação;
- d) São entidades que sofrem supervisão administrativa (também se utilizam os termos controle e tutela administrativa). A supervisão administrativa seria um tipo de controle com um menor grau de rigidez em relação à subordinação hierárquica, com vista a verificar se a entidade criada está cumprindo seus objetivos estipulados na lei de criação [...]; e,
- e) Somente poderão ser criadas mediante lei específica, ou por meio da lei autorizadora. O artigo 37, inciso XIX, da Constituição, determina que somente mediante lei específica poderão ser criadas Autarquias ou autorizada a criação de Fundações, Empresas Públicas e Sociedades de Economia Mista. Assim, na hipótese de criação de Autarquias, a lei cria. Como as Fundações Públicas se submetem a regime jurídico idêntico ao das Autarquias, a lei também cria tais entidades. Nos demais casos, a lei

autoriza a criação. Além do mais, tais entidades não poderão ser criadas para exercer atribuições genéricas. A lei de criação tem de estipular expressamente suas funções e atribuições (OLIVEIRA; COSTA, 2010, p. 108-110).

A estrutura organizacional do governo de Santa Catarina, coordenada diretamente pelo governador do Estado, é responsável pelas políticas relacionadas aos diferentes setores da Administração Pública estadual (GOVERNO DE SANTA CATARINA, 2014). Essa estrutura é composta por Secretarias de Estado, Autarquias, Fundações, Empresas Públicas e Sociedades de Economia Mista.

Os órgãos do Poder Executivo estadual de Santa Catarina que fazem parte da Administração Pública Direta são mostrados no Quadro 7.

Quadro 7 – Órgãos do Poder Executivo Estadual de Santa Catarina: Administração Pública Direta.

Gabinete da Chefia do Executivo	Coordenadoria Estadual da Igualdade Racial
	Coordenadoria Estadual da Juventude
	Coordenadoria Estadual da Mulher
	Coordenadoria Estadual do Idoso
Gabinete do Vice-governador	
Procuradoria Geral do Estado	
Secretaria de Estado da Administração	
Secretaria de Estado da Agricultura e da Pesca	Secretaria Executiva do programa SC Rural
Secretaria de Estado da Assistência Social, Trabalho e Habitação	Secretaria Executiva de Políticas Sociais de Combate à Fome
Secretaria de Estado da Casa Civil	Secretaria Executiva da Casa Militar
	Secretaria Executiva de Articulação Estadual
	Secretaria Executiva de Articulação Nacional
	Secretaria Executiva de Assuntos Estratégicos
	Secretaria Executiva de Assuntos Internacionais
	Secretaria Executiva de Supervisão de Recursos Desvinculados
Secretaria de Estado de Comunicação	
Secretaria de Estado da Defesa Civil	

Fonte: Adaptado de Governo do Estado de Santa Catarina (2014).

Quadro 7 (Continuação) – Órgãos do Poder Executivo Estadual de Santa Catarina: Administração Pública Direta.

Secretaria de Estado do Desenvolvimento Econômico Sustentável
Secretarias de Estado do Desenvolvimento Regional
Secretaria de Estado da Educação
Secretaria de Estado da Fazenda
Secretaria de Estado da Infraestrutura
Secretaria de Estado da Justiça e Cidadania
Secretaria de Estado do Planejamento
Secretaria de Estado da Saúde
Secretaria de Estado da Segurança Pública
Secretaria de Estado de Turismo, Cultura e Esporte
Secretaria de Estado do Planejamento

Fonte: Adaptado de Governo do Estado de Santa Catarina (2014).

As Secretarias de Desenvolvimento Regional (SDRs), instituídas pela Lei 234, de 30 de janeiro de 2003, com o objetivo de descentralizar e desconcentrar as atividades da administração estadual, são mostradas no Quadro 8 e o mapa da descentralização pode ser visto na Figura 5.

Quadro 8 – SDRs Catarinenses.

SDR	Município
1	São Miguel do Oeste
2	Maravilha
3	São Lourenço do Oeste
4	Chapecó
5	Xanxerê
6	Concórdia
7	Joaçaba
8	Campos Novos
9	Videira
10	Caçador
11	Curitibanos
12	Rio do Sul
13	Ituporanga
14	Ibirama
15	Blumenau
16	Brusque
17	Itajaí
18	Florianópolis
19	Laguna
20	Tubarão

Fonte: Adaptado de Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (2014).

Quadro 8 (Continuação) – SDRs Catarinenses.

SDR	Município
21	Criciúma
22	Araranguá
23	Joinville
24	Jaraguá do Sul
25	Mafra
26	Canoinhas
27	Lages
28	São Joaquim
29	Palmitos
30	Dionísio Cerqueira
31	Itapiranga
32	Quilombo
33	Seara
34	Taió
35	Timbó
36	Braço do Norte

Fonte: Adaptado de Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (2014).

Figura 5 – Mapa da Descentralização.



Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (2014).

Os órgãos do Poder Executivo estadual de Santa Catarina que fazem parte da Administração Pública Indireta são mostrados no Quadro 9.

Quadro 9 – Órgãos do Poder Executivo Estadual de Santa Catarina: Administração Pública Indireta.

Agência Reguladora de Serviços de Saneamento Básico do Estado de Santa Catarina
Agência Reguladora de Serviços Públicos de Santa Catarina
Administração do Porto de São Francisco do Sul
Agência de Fomento do Estado de Santa Catarina S.A.
Besc S/A Corretora de Seguros e Administradora de Bens
Centrais Elétricas de Santa Catarina S.A.
Centrais de Abastecimento do Estado de Santa Catarina S.A
Centro de Socioeconomia e Planejamento Agrícola
Centro de Informática e Automação do Estado de Santa Catarina S.A.
Companhia Catarinense de Águas e Saneamento
Companhia de Desenvolvimento do Estado de Santa Catarina
Companhia de Habitação do Estado de Santa Catarina
Companhia Integrada de Desenvolvimento Agrícola de Santa Catarina
Departamento Estadual de Infraestrutura
Departamento de Transportes e Terminais
Departamento Estadual de Trânsito e Segurança Viária
Fundação Escola de Governo
Empresa de Pesquisa Agropecuária e Extensão Rural de Santa Catarina
Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina
Fundação Catarinense de Cultura
Fundação Catarinense de Esporte
Fundação Catarinense de Educação Especial
Fundação do Meio Ambiente
Instituto Geral de Perícias
Instituto de Previdência do Estado de Santa Catarina
Instituto de Metrologia de Santa Catarina
Junta Comercial do Estado de Santa Catarina
Santa Catarina Turismo S.A.
Sapiens Parque S.A
SC Participações e Parcerias S.A.
SC Companhia de Gás de Santa Catarina
Universidade do Estado de Santa Catarina

Fonte: Adaptado de Governo do Estado de Santa Catarina (2014).

3.4.2 A Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina

A SES de Santa Catarina é um órgão da administração direta do governo estadual a quem compete desenvolver as atividades relacionadas com o Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente:

- I - Saúde pública e medicina preventiva;
- II - Atividades médicas, para-médicas odontológicas e sanitárias;
- III - Educação para a saúde;
- IV - Administração hospitalar e ambulatorial;
- V - Vigilância sanitária;
- VI - Vigilância epidemiológica;
- VII - Saneamento básico e atividades de meio ambiente relacionados com a sua área de atuação;
- VIII - Pesquisa, produção e distribuição de medicamentos básicos;
- IX - Formulação de políticas de saúde;
- X - Vigilância laboratorial (SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE DE SANTA CATARINA, 2013).

De acordo com a Lei nº 534, de 20 de abril de 2011, cabe à SES coordenar a política de saúde no âmbito do Estado, desenvolvendo as seguintes atividades:

- I - Definir estratégias de ação e exercer o controle da política estadual de saúde no âmbito da sua competência, conduzindo-a em torno das suas macro-funções de planejamento, regulação, acompanhamento, avaliação e auditoria;
- II - Coordenar e acompanhar regionalmente, no âmbito municipal e estadual, o desenvolvimento dos instrumentos políticos gerenciais do SUS;
- III - Promover a descentralização e a regionalização das ações e dos serviços de saúde, para os municípios;
- IV - Acompanhar, controlar e avaliar as redes hierarquizadas do SUS;
- V - Controlar e avaliar a eficiência, a eficácia e a efetividade das ações de controle, avaliação e auditoria quanto a objetivos, técnicas, organização, recursos e procedimentos;

VI - Coordenar e, em caráter complementar, executar ações e serviços de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária e de Saúde do Trabalhador;

VII - Coordenar a rede estadual de laboratórios de saúde pública e hemocentros e gerir as unidades que permaneçam em sua organização administrativa, tais como: as unidades assistenciais próprias do Estado e complementares;

VIII - Articular-se com os gestores municipais e regionais, para o estabelecimento de normas de regulação, controle e avaliação dos serviços e sistemas de saúde;

IX - Formular e coordenar a política estadual de assistência farmacêutica e de medicamentos;

X - Participar da formulação, implementação e avaliação da Política Estadual de Ciência e Tecnologia em Saúde, tendo como pressuposto as necessidades demandadas, observando os princípios e as diretrizes do SUS;

XI - Formular e coordenar a Política de Desenvolvimento de Recursos Humanos que atenda às necessidades decorrentes do processo de descentralização das ações e serviços de saúde, articuladamente com o Órgão Central do Sistema de Gestão de Recursos Humanos;

XII - Coordenar as ações programáticas de assistência em saúde, dentre elas, a educação em saúde, saúde do idoso, saúde bucal, saúde da criança e adolescente, saúde da mulher;

XIII - Criar e estimular mecanismos de participação social como meio de aproximar as políticas de saúde dos interesses e necessidades da população;

XIV - Apoiar e orientar as Secretarias de Estado de Desenvolvimento Regional (SDRs) na execução e implementação das atividades e ações relativas ao âmbito de competência do Setor da Saúde (SANTA CATARINA, 2011).

Dessa forma, sua missão foi definida como sendo:

Assegurar aos catarinenses o acesso aos serviços de saúde, coordenando, planejando e avaliando a política e as ações de saúde no Estado, tendo como referência a resolutividade dos serviços, estímulo a parcerias, regionalização da saúde e o controle social, visando a

promoção, a prevenção e a recuperação da saúde para a melhoria da qualidade de vida da população (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SANTA CATARINA, 2013).

A estrutura organizacional da SES pode ser vista no Quadro 10 e o organograma é mostrado na Figura 6. Salienta-se que o organograma foi desenvolvido com base nas informações do Quadro 10, uma vez que não há um oficial disponível.

Quadro 10 - Estrutura Organizacional da SES.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (SES)
GABINETE DO SECRETÁRIO (GABS)
Assessoria de Comunicação (ASCOM)
Consultoria Jurídica (COJUR)
GABINETE DO SECRETÁRIO ADJUNTO (GABSA)
Comissão Intergestores Bipartite (SECIB)
Secretaria do Conselho Estadual de Saúde (SECES)
Gerência de Convênios (GCONV)
SUPERINTENDÊNCIA DE GESTÃO ADMINISTRATIVA (SGA)
Gerência de Administração Financeira (GEAFI)
Gerência de Contabilidade (GECOT)
Gerência de Patrimônio (GEPAT)
Gerência de Acompanhamento de Obras e Manutenção (GEOMA)
Gerência de Compras (GECOM)
Gerência de Licitações (GELIC)
Gerência de Apoio Operacional (GEAPO)
Gerência de Abastecimento (GEABA)
Gerência de Orçamento (GEROR)
SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO (SUG)
Gerência de Planejamento (GPLAN)
Diretoria de Planejamento, Controle e Avaliação do Sistema Único de Saúde (DIPA)
Gerência de Contratualização de Serviços do Sistema Único de Saúde (GECOS)
Gerência de Controle e Avaliação do Sistema (GECOA)
Gerência de Programação em Saúde (GEPRO)
Gerência de Auditoria (GEAUD)
Gerência de Coordenação da Atenção Básica (GEABS)

Fonte: Adaptado de Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (2014).

Quadro 10 (Continuação) - Estrutura Organizacional da SES.

Gerência de Planejamento do Sistema Único de Saúde (GEPSA)
Gerência de Tecnologia de Informação (GETIN)
Diretoria de Recursos Humanos (DIRH)
Gerência de Normatização de Recursos Humanos (GENRH)
Gerência de Avaliação de Controle de Recursos Humanos (GEARH)
Diretoria de Educação Permanente em Saúde (DEPS)
Gerência da Escola de Saúde Pública (GESAP)
Gerência da Escola de Nível Médio (GEFOS)
SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS ESPECIALIZADOS E REGULAÇÃO (SUR)
Gerência dos Complexos Reguladores (GECOR)
Gerência do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (GSAMU)
Gerência do Centro Catarinense de Reabilitação (GEREB)
Gerência do SC Transplantes (GETRA)
Gerência de Regulação de Unidade de Tratamento Intensivo (GEUTI)
SUPERINTENDÊNCIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE (SUV)
Diretoria de Vigilância Sanitária (DIVIS)
Gerência de Saúde Ambiental (GESAM)
Gerência de Hemo, Fármaco e Toxicovigilância (GETOF)
Gerência de Saúde do Trabalhador (GESAT)
Gerência de Inspeção de Produtos e Serviços em Saúde (GEIPS)
Diretoria do Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN)
Gerência de Análise de Produtos e Meio Ambiente (GEAMA)
Gerência de Biologia Médica (GEBIO)
Gerência de Anatomia Patológica (GERAP)
Gerência de Administração da Rede de Laboratórios (GERAD)
Diretoria de Assistência Farmacêutica (DIAF)
Gerência de Programação e Suprimento (GESUP)
Gerência de Administração e Assistência Farmacêutica (GEAAF)
Gerência Técnica de Assistência Farmacêutica (GETAF)
Diretoria de Vigilância Epidemiológica (DIVE)
Gerência de Vigilância de Agravos Infecciosos Emergentes e Ambientais (GEVRA)
Gerência de Vigilância de Doenças Imunoprevisíveis e Imunização (GEVIM)
Gerência de Vigilância de Zoonoses e Entomologia (GEZOO)
Gerência de Vigilância de Doenças Sexualmente Transmissíveis (GEDST)
SUPERINTENDÊNCIA DE HOSPITAIS PÚBLICOS ESTADUAIS (SUH)
Gerência Técnica (GETEC)

Fonte: Adaptado de Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (2014).

Quadro 10 (Continuação) - Estrutura Organizacional da SES.

Gerência de Desenvolvimento dos Hospitais Públicos Estaduais (GEDHP)
Gerência de Custos e Resultados (GECRE)
Diretoria do Hospital Governador Celso Ramos (DHCR)
Diretoria do Hospital Infantil Joana de Gusmão (DHJG)
Diretoria do Hospital Regional São José Dr. Homero de Miranda Gomes (DHHG)
Diretoria do Instituto de Cardiologia (DICA)
Diretoria do Hospital Nereu Ramos (DHNHR)*
Diretoria da Maternidade Carmela Dutra (DMCD)*
Diretoria do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (DIPQ)*
Diretoria do Hospital Florianópolis (DHFL)*
Diretoria do Hospital Santa Teresa (DHST)*
Diretoria do Hospital Miguel Couto (DHMC)*
Diretoria da Maternidade Dona Catarina Kuss (DMCK)*
Diretoria do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (DHHS)*
Diretoria do Hospital e Maternidade Teresa Ramos (DHTR)*
Diretoria da Maternidade Darcy Vargas (DMDV)*
Diretoria do Centro de Pesquisas Oncológicas (DCPO)**
Diretoria do Centro de Hematologia e Hemoterapia (DCHM)**

*Possui uma Gerência de Administração (GERAD), uma Gerência de Enfermagem (GEENF) e uma Gerência Técnica (GETEC).

**Possui uma Gerência de Administração (GERAD) e uma Gerência Técnica (GETEC).

Fonte: Adaptado de Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (2014).

Em sua estrutura organizacional, a SES compreende órgãos de assessoramento direto ao secretário de Estado, órgãos de execução de atividades-meio, órgãos de execução de atividades finalísticas e entidades vinculadas ou de atuação descentralizada. Os órgãos de assessoramento direto ao secretário de Estado são o GABS, a COJUR e a ASCOM; os órgãos de execução de atividades-meio são os vinculados ao GABSA e à SGA; os órgãos de execução de atividades finalísticas são os vinculados à SUG, à SUR, à SUV e à SUH (SANTA CATARINA, 2011).

Como entidades vinculadas ou de atuação descentralizada, existem ainda as Gerências de Saúde, que atuam ligadas à SES, mas que são pertencentes ao quadro funcional das SDRs. A SES, segundo dados do SIGRH, contava, em julho de 2013, com 10449 servidores efetivos ativos e 4840 inativos.

3.5 TÉCNICAS DE PESQUISA

3.5.1 Processo de Coleta e Tratamento de Dados

A pesquisa foi iniciada fazendo-se contato com a SEA, por meio da DSAS, onde foi solicitado o acesso e a autorização oficial para o uso dos dados secundários relativos a acidentes em serviço (Apêndice A). A Gerência de Controle de Benefícios (GECOB), responsável pela emissão dos relatórios de dados relativos aos benefícios de saúde do servidor, tratamento e análise dos mesmos e confecção de boletins estatísticos, forneceu relatório extraído do SIGRH contendo dados dos formulários de CEAT, além de dados cadastrais e funcionais dos servidores. Utilizou-se, dessa forma, a técnica de coleta de dados instrumental, por meio da obtenção de dados secundários provenientes de formulários e processos físicos.

O período estabelecido para a pesquisa compreendeu os anos de 2001 a 2012, o que consiste na totalidade de dados que a GECOB possui sobre acidentes em serviço. Os dados anteriores ao ano de 2001 foram descartados pela gerência devido à mudança, nesse período, no sistema de codificação da CID-10 e à impossibilidade da conversão dos dados antigos ao novo sistema. No outro extremo, o ano de 2012 é ainda o último ano que vem sendo trabalhado no setor por apresentar os dados já consolidados no SIGRH. A partir do relatório, recebido em formato de planilha do *software Microsoft Excel*, do pacote *Office 2000*, foram selecionados apenas os dados referentes à SES, alvo do estudo, resultando em dados de 3366 processos. É importante lembrar que o estudo considerou a quantidade total

de processos, contabilizando informações dos servidores mais de uma vez nos casos em que se sofreu mais de um acidente.

Em paralelo à obtenção dos dados via GECOB, foi utilizada a técnica de coleta de dados documental, por meio de levantamento bibliográfico (o Apêndice B mostra os trabalhos mais recentes que nortearam este estudo). A pesquisa se deu por meio das palavras-chave, considerando, preferencialmente, trabalhos dos últimos cinco anos, além da legislação federal e estadual pertinentes.

No que se refere ao tratamento de dados, o relatório recebido foi, inicialmente, convertido para arquivo do *software Statistical Package for Social Science (SPSS)* 17.0 que, segundo Bruni (2012, p. 6), “consiste em um dos mais empregados *softwares* para análises estatísticas” e “tornou-se um recurso referencial na análise de dados em ciências sociais”. Os dados foram organizados levando-se em consideração os três elementos de âmbito científico:

a) **categorização**: processo em que há o agrupamento de objetos de sentidos iguais ou semelhantes para os resultados esperados, permitindo que os dados afins possam ser congregados em categorias que os caracterizem. As categorias devem, é claro, ser suficientes para cobrir todo o espectro de resultados esperados, bem como permitir que um mesmo resultado não seja enquadrado em duas ou mais categorias, exceto se os objetivos da pesquisa permitem múltiplas classificações;

b) **codificação**: processo em que os dados brutos são transformados em símbolos/legendas para fins de facilitar a manipulação e a visualização na categorização efetuada. Trata-se, portanto, apenas de uma forma de simplificar a nomeação das variáveis ou atributos, através de códigos que lhes permitam fácil identificação à tabulação e tratamento dos dados;

c) **tabulação**: processo de agrupar e computar os dados nas suas devidas categorias, para fins de facilitar a apresentação, o tratamento e a análise dos dados (PACHECO JÚNIOR; PEREIRA; PEREIRA FILHO 2007, p. 94-95, grifo da autora).

Dentro desse contexto, foram executadas as seguintes operações:

a) Agrupamento dos municípios de lotação segundo as URSS, gerando a variável Unidade Regional;

b) Criação da variável Período de Ocorrência, de acordo com o horário de ocorrência do acidente;

c) Agrupamento da variável Parte do Corpo Atingida, gerando a variável Região do Corpo;

d) Agrupamento das variáveis referentes aos códigos da CID-10 das lesões, gerando a variável Capítulo de Patologia;

e) Criação da variável Idade1, resultante da operação de subtração entre as variáveis Data do Acidente e Data de Nascimento, para posterior divisão em faixas, resultando na variável Idade; e

f) Criação da variável Tempo de Serviço1, resultante da operação de subtração entre as variáveis Data do Acidente e Data de Admissão, para posterior divisão em faixas, resultando na variável Tempo de Serviço.

Além dessas operações, foi criada uma nomenclatura para classificação, agrupamento e organização das variáveis mais importantes a serem utilizadas no estudo. Nela, houve a separação em Variáveis do Perfil dos Acidentados e Variáveis do Perfil dos Acidentes. A primeira foi dividida em Variáveis Cadastrais, quando os dados foram retirados dos módulos de cadastro dos servidores no SIGRH, e em Variáveis Funcionais, quando os dados se referem à função exercida. A segunda foi dividida em Variáveis Gerais, quando referentes a dados gerais sobre os acidentes, Variáveis Codificadas, englobando aquelas que apresentam códigos implantados pela GESAO no SIGRH para a descrição dos acidentes, e Variável Epidemiológica, referindo-se essa à variável resultante dos dados relativos à CID-10. A classificação das variáveis citada pode ser vista no Quadro 11.

Quadro 11 – Classificação das Variáveis.

Do Perfil dos Acidentados	Cadastrais	Sexo	Masculino Feminino
		Estado Civil	Casado Divorciado/Separado Não Informado Solteiro União Estável Viúvo
		Nível de Formação	Doutorado Especialização Fundamental Completo Fundamental Incompleto Graduação Médio/Profissionalizante Mestrado Não Especificado
		Idade	<20 20-30 31-40 41-50 51-60 >61
	Funcionais	Unidade Regional	Blumenau Chapecó Criciúma Florianópolis Itajaí Joaçaba Joinville Lages
		Tempo de Serviço	<3 3-5 6-10 11-20 21-30 >31

Fonte: Elaborado pela autora (2013).

Quadro 11 (Continuação)– Classificação das Variáveis.

Do Perfil dos Acidentados	Funcionais	Função	Profissionais de Enfermagem Médicos Agente de Serviços Gerais Outros
Do Perfil dos Acidentes	Gerais	Período de Ocorrência	Matutino Não Especificado Noturno Vespertino
		Tipo de Acidente	Doença Típico Trajeto
		Avaliação Inicial de Gravidade	Acidente Grave Acidente Leve Acidente Moderado Não especificado Óbito
	Codificadas	Tarefa Executada	De acordo com o Quadro 1 do Anexo G
		Agente Causador do Acidente	De acordo com o Quadro 2 do Anexo G
		Forma de Contato	De acordo com o Quadro 3 do Anexo G
		Fonte Causadora da Lesão	De acordo com o Quadro 5 do Anexo GD
		Natureza da Lesão	De acordo com o Quadro 6 do Anexo G
		Parte do Corpo Atingida	De acordo com o Quadro 4 do Anexo GD
	Epidemiológica	Capítulo de Patologia	De acordo com a CID-10

Fonte: Elaborado pela autora (2013).

3.5.2 Processo de Análise de Dados

O processo de análise de dados foi dividido em duas partes: análises univariadas e análises bivariadas. Na primeira parte, referente a análises univariadas, foi realizada, inicialmente, uma análise descritiva das variáveis, por meio de distribuição de frequências, para identificar o perfil dos acidentes considerados.

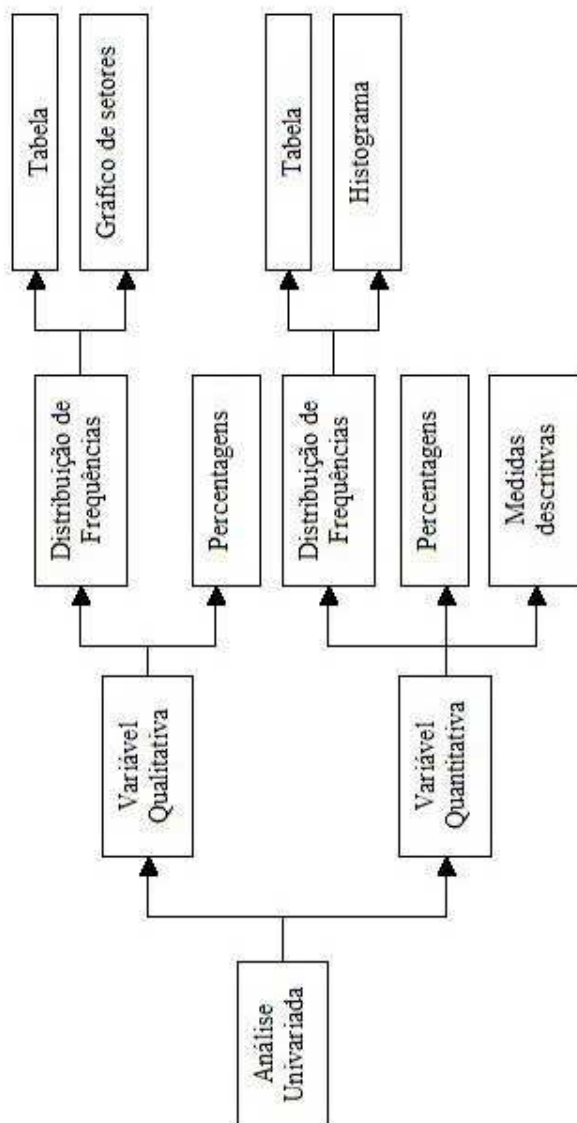
Segundo Barbetta (2011), em análises exploratórias de grandes conjuntos de dados, é comum, inicialmente, construir-se uma distribuição de frequências para cada variável, verificando os valores ou categorias típicas e possíveis casos discrepantes. Trata-se, portanto, da caracterização dos dados em estudo. Considerando que a construção da distribuição e a representação gráfica dependem do tipo de variável, nas análises univariadas foi observado esquema mostrado na Figura 7.

Em qualquer pesquisa, é fundamental para o pesquisador ter uma visão da distribuição de frequência das variáveis consideradas no estudo e é por meio da análise descritiva que se obtém essa visão (BUSSACOS, 1997). Nesse sentido, no caso das variáveis qualitativas, foram realizadas distribuições de frequência com percentagens, com o software SPSS 17.0, sendo essas ilustradas por tabelas e gráficos de setores, elaborados com o *software Excel 2000*.

No caso das variáveis quantitativas, foram realizadas distribuições de frequência com percentagens e calculadas as medidas descritivas de tendências central média, moda e mediana, além da medida de dispersão desvio padrão. Para isso, foi utilizado o *software SPSS 17.0*. As distribuições de frequência foram ilustradas por tabelas e gráficos do tipo histograma, elaborados com o *software Excel 2000*.

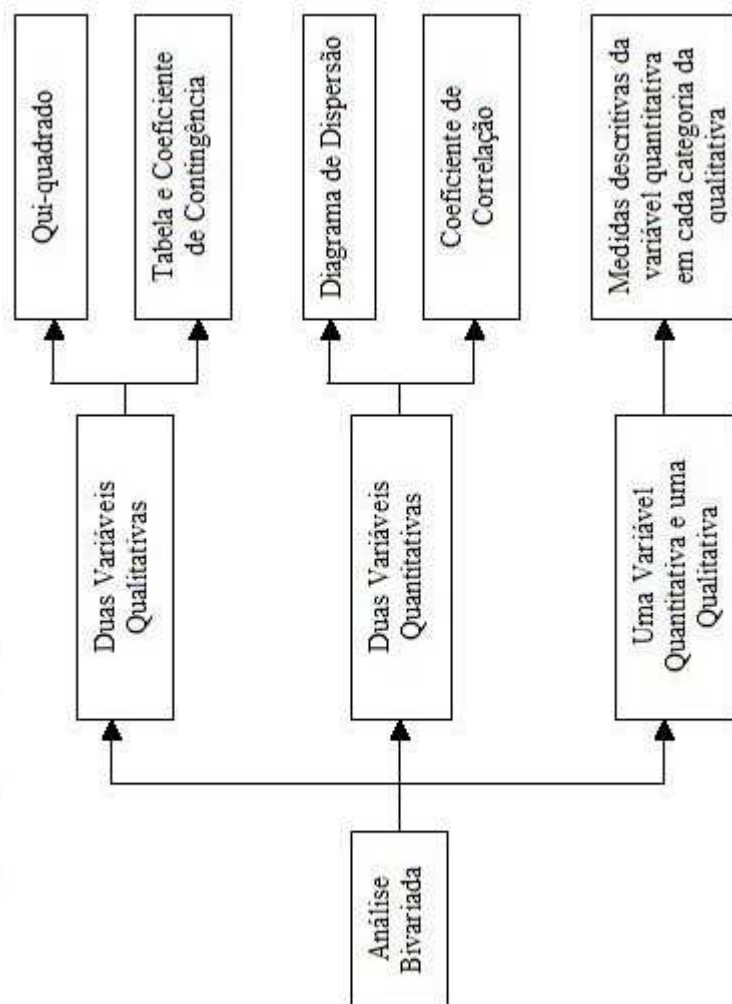
Em relação às análises bivariadas, foi observado o esquema mostrado na Figura 8. Quando relacionadas duas variáveis quantitativas, foi calculado o Coeficiente de Correlação, ilustrando-se com o Diagrama de Dispersão, com utilização do *software SPSS 17.0*. Quando relacionadas duas variáveis qualitativas, foi utilizado o teste de associação Qui-quadrado e calculado o Coeficiente de Contingência, sendo necessárias, para isso, a elaboração de Tabelas de Contingência. Por fim, quando relacionadas uma variável quantitativa e uma qualitativa, foram calculadas as medidas descritivas da variável quantitativa em cada categoria da qualitativa.

Figura 7 – Técnicas para Análise Univariada.



Fonte: Adaptado de Barbetta (2011).

Figura 8 – Técnicas para Análise Bivariada.



Fonte: Adaptado de Barbetta (2011).

3.6 ETAPAS DA PESQUISA

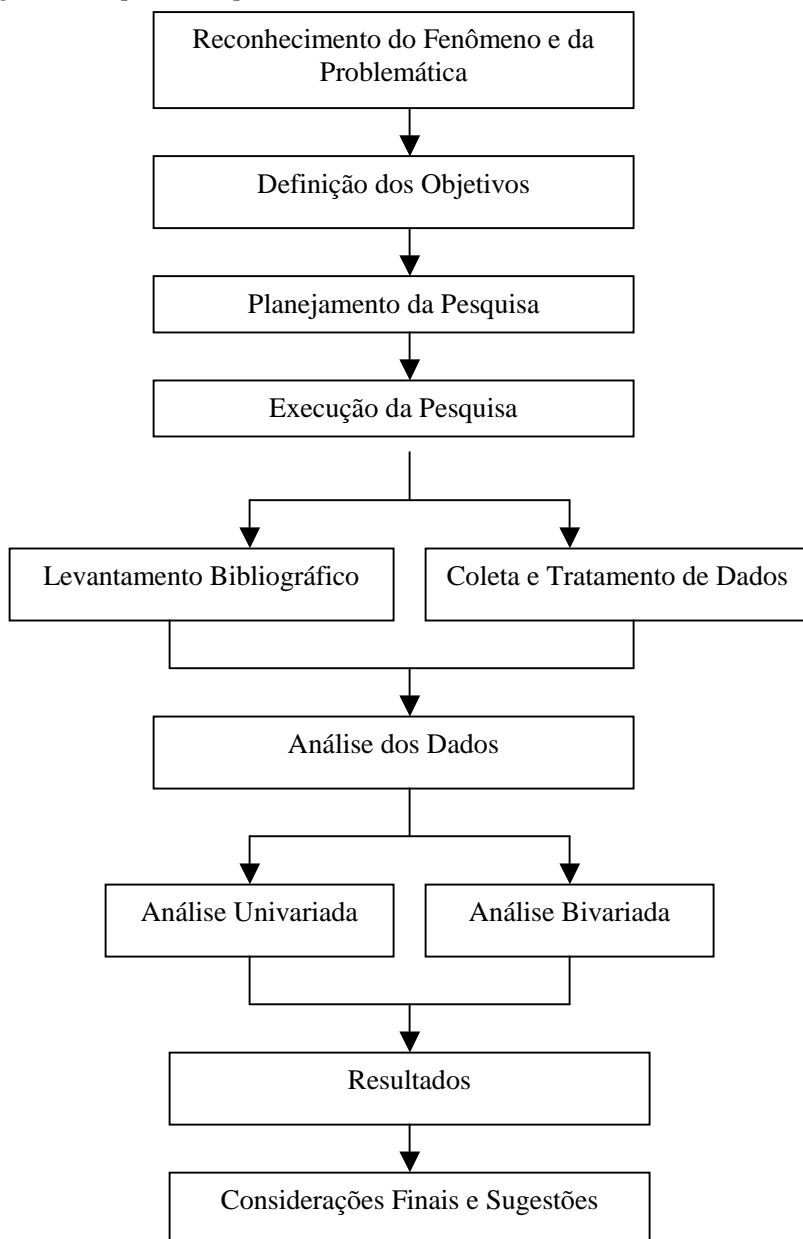
A Figura 9 traz um esquema ilustrativo das etapas seguidas no desenvolvimento da pesquisa, a fim de demonstrar a interação entre as mesmas.

Inicialmente, houve o reconhecimento do fenômeno e da problemática, seguido da definição dos objetivos geral e específicos. Na etapa seguinte, referente ao planejamento, foram definidos os procedimentos metodológicos que viriam a orientar a pesquisa.

Ao longo da execução, foi realizado o levantamento bibliográfico, que serviria como embasamento teórico, ao mesmo tempo em que se procedeu a coleta e o tratamento dos dados. Em seguida, iniciou-se a etapa de análise dos dados, que foi dividida em análises univariadas e análises bivariadas.

Ao final da pesquisa, foram apresentados os resultados e feitas as considerações finais, além de sugestões para o desenvolvimento de outros trabalhos.

Figura 9 – Etapas da Pesquisa.



Fonte: Elaborado pela autora (2014).

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo traz os resultados e as respectivas análises realizadas. Inicialmente, são apresentadas as análises univariadas, com as distribuições de frequência das variáveis do perfil dos acidentados e do perfil dos acidentes, assim como algumas medidas de tendência central e de dispersão. Em seguida, seguem as análises bivariadas.

4.1 ANÁLISES UNIVARIADAS

4.1.1 Variáveis do Perfil dos Acidentados

A Tabela 3 mostra a distribuição das variáveis cadastrais, incluindo as variáveis sexo, estado civil, nível de formação e idade.

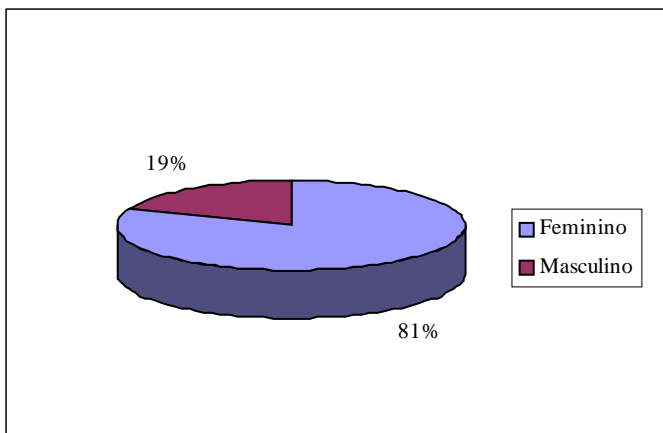
Tabela 3 – Distribuição das Variáveis Cadastrais.

Variável	Categoria	Número de Acidentes	%
Sexo	Feminino	2731	81,1
	Masculino	635	18,9
Estado Civil	Casado	1665	49,5
	Divorciado/Separado	517	15,4
	Não informado	1	0,0
	Solteiro	906	26,9
	União Estável	156	4,6
	Viúvo	121	3,6
Nível de Formação	Doutorado	3	0,1
	Especialização	264	7,8
	Fundamental Completo	578	17,2
	Fundamental Incompleto	494	14,7
	Graduação	163	4,8
	Médio/Profissionalizante	1740	51,7
	Mestrado	38	1,1
	Não Especificado	86	2,6
Idade (anos)	<20	2	0,1
	20-30	489	14,5
	31-40	927	27,5
	41-50	1266	37,6
	51-60	631	18,7
	>61	51	1,5

Fonte: Elaborada pela autora (2013).

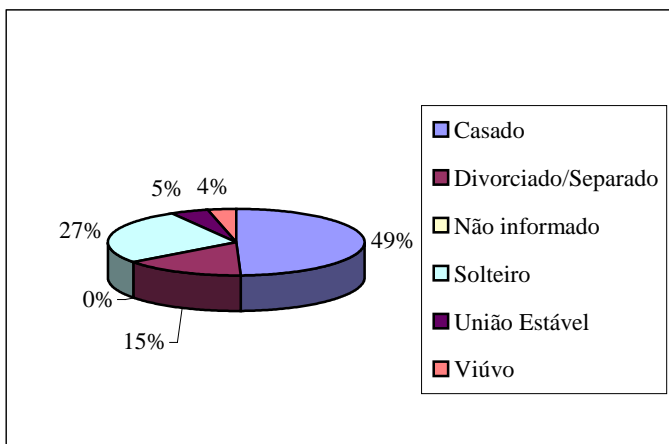
Percebe-se que maior parte da população estudada é do sexo feminino (81,1%), conforme mostrado no Gráfico 3, e casada (49,5%), como pode ser visto no Gráfico 4. O nível de formação predominante, por sua vez, é o ensino médio/profissionalizante, com 51,7% (Gráfico 5) e a faixa de idade de 41 a 50 anos, com 37,6%, seguida da faixa de 31 a 40, com 27,5% (Gráfico 6).

Gráfico 3 – Variáveis Cadastrais: Sexo.



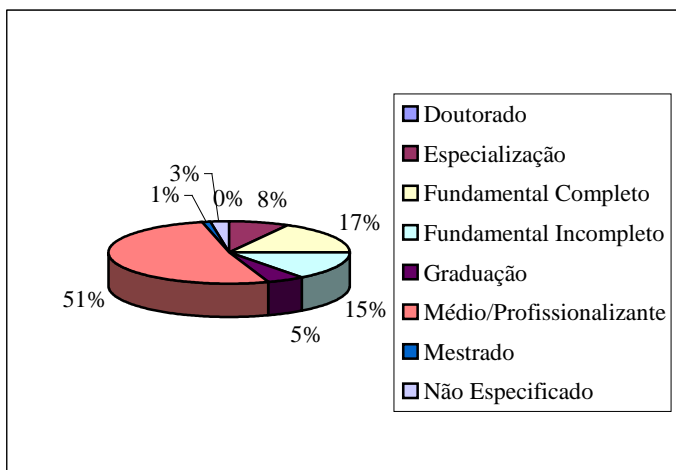
Fonte: Elaborado pela autora (2013).

Gráfico 4 – Variáveis Cadastrais: Estado Civil.



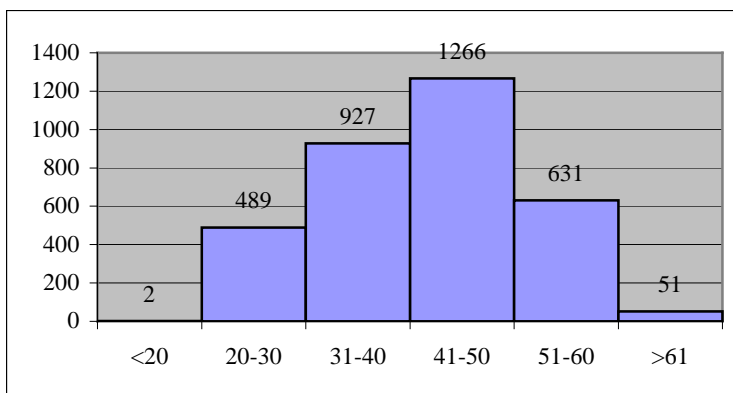
Fonte: Elaborado pela autora (2013).

Gráfico 5 – Variáveis Cadastrais: Nível de Formação.



Fonte: Elaborado pela autora (2013).

Gráfico 6 – Variáveis Cadastrais: Idade.



Fonte: Elaborado pela autora (2013).

Os valores máximo e mínimo, as medidas de tendência central (média, moda e mediana) e a medida de dispersão (desvio padrão) da variável quantitativa idade são mostradas na Tabela 4.

Tabela 4 – Medidas de Tendência Central e de Dispersão: Idade.

Medidas de Tendência Central e de Dispersão	Valores
Máximo	68
Mínimo	19
Média	42
Moda	47
Mediana	43
Desvio Padrão	9

Fonte: Elaborada pela autora (2013).

A Tabela 5 mostra a distribuição das variáveis funcionais, incluindo as variáveis unidade regional, tempo de serviço e função.

Tabela 5 – Distribuição das Variáveis Funcionais.

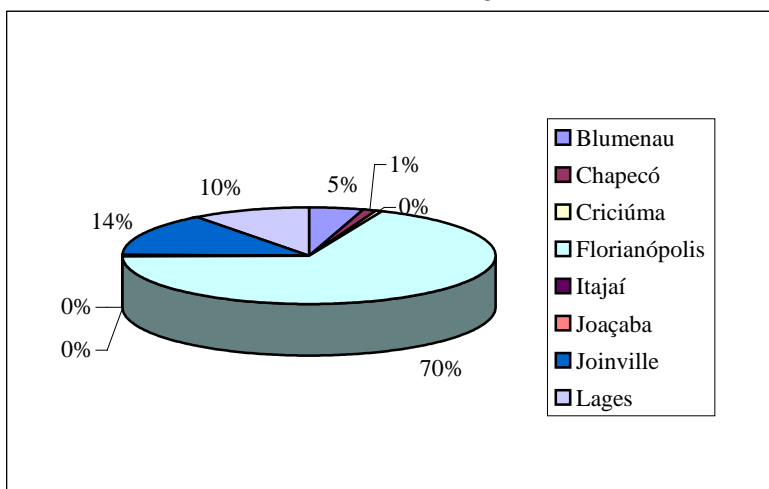
Variável	Categoria	Número de Acidentes	%
Unidade Regional	Blumenau	162	4,8
	Chapecó	34	1,0
	Criciúma	16	0,5
	Florianópolis	2306	68,5
	Itajaí	9	0,3
	Joaçaba	4	0,1
	Joinville	488	14,5
	Lages	347	10,3
Tempo de Serviço (anos)	<3	938	27,9
	3-5	483	14,3
	6-10	360	10,7
	11-20	976	29,0
	21-30	548	16,3
	>31	61	1,8
Função	Profissionais de Enfermagem*	2199	65,3
	Médicos	109	3,2
	Agente de Serviços Gerais	619	18,4
	Outros	439	13,0

Fonte: Elaborada pela autora (2013).

*Foram considerados Profissionais de Enfermagem os profissionais com as funções de Técnico em Enfermagem, Auxiliar de Enfermagem, Enfermeiro, Auxiliar de Serviços Hospitalares e Assistenciais e Atendente de Saúde Pública.

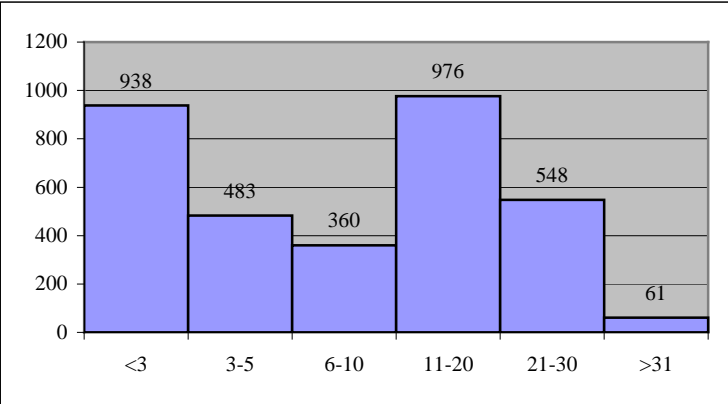
Pela distribuição das variáveis funcionais, nota-se que o exercício profissional da população estudada ocorre predominantemente na Unidade Regional de Florianópolis (68,5%), seguida pela Unidade Regional de Joinville (14,5%) e pela Unidade Regional de Lages (10,3%), como pode ser observado no Gráfico 7. As funções mais recorrentes no grupo de acidentados estudado são as ligadas à área de enfermagem, com 65,3%, seguidas da função agente de serviços gerais, com 18,4% (Gráfico 9). Já as faixas de tempo de serviço predominantes são a de 11 a 20 anos, com 29,0%, e a de menos de 3 anos, com 27,9% (Gráfico 8), que corresponde aos servidores que estão em estágio probatório.

Gráfico 7 – Variáveis Funcionais: Unidade Regional.



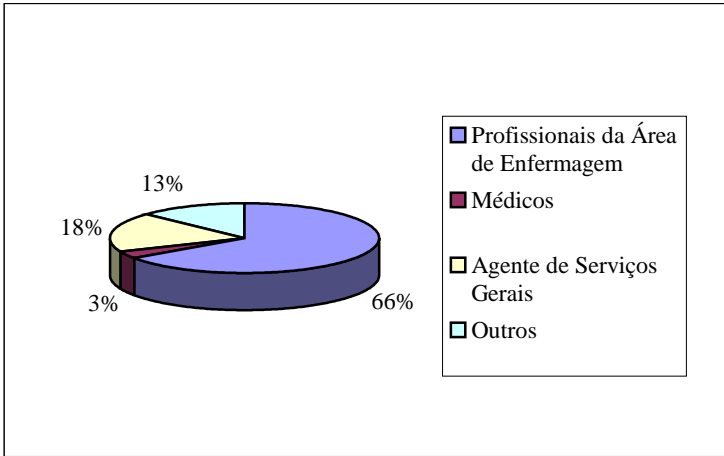
Fonte: Elaborado pela autora (2013).

Gráfico 8 – Variáveis Funcionais: Tempo de Serviço.



Fonte: Elaborado pela autora (2013).

Gráfico 9 – Variáveis Funcionais: Função.



Fonte: Elaborado pela autora (2013).

A distribuição completa da variável funcional função pode ser vista na Tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição Completa da Variável Funcional Função.

Função	Número de Acidentes	%
Administrador	2	0,1
Agente Auxiliar de Saúde Pública	1	0,0
Agente de Atividades Administrativas	7	0,2
Agente de Atividades de Saúde I	3	0,1
Agente de Atividades de Saúde II	28	0,8
Agente de Manutenção	5	0,1
Agente de Serviços Gerais	619	18,4
Analista Técnico Administrativo	1	0,0
Analista Técnico em Gestão e Promoção de Saúde	16	0,5
Artífice II	4	0,1
Assistente Social	7	0,2
Atendente de Saúde Pública	28	0,8
Auxiliar de Enfermagem	595	17,7
Auxiliar de Laboratório	8	0,2
Auxiliar de Serviços de Laboratório	366	10,9
Bioquímico	14	0,4
Caldeireiro	10	0,3
Costureiro	12	0,4
Cozinheiro	56	1,7
Eletricista	10	0,3
Encanador	17	0,5
Enfermeiro	187	5,6
Farmacêutico	4	0,1
Físico	1	0,0
Fisioterapeuta	11	0,3
Fonoaudiólogo	2	0,1
Gerente	1	0,0
Jardineiro	3	0,1
Marceneiro	7	0,2
Massagista	1	0,0
Médico	109	3,2
Motorista	17	0,5
Não Identificado	1	0,0
Nutricionista	5	0,1
Odontólogo	3	0,1
Pedagogo	1	0,0
Pedreiro	6	0,2

Fonte: Elaborada pela autora (2013).

Tabela 6 (Continuação) – Distribuição Completa da Variável Funcional Função.

Função	Número de Acidentes	%
Pintor	5	0,1
Profissional de Educação Física	4	0,1
Psicólogo	5	0,1
Técnico em Atividades Administrativas	92	2,7
Técnico em Atividades de Saúde	17	0,5
Técnico em Contabilidade	2	0,1
Técnico em Enfermagem	1023	30,4
Técnico em Fisioterapia	2	0,1
Técnico em Laboratório	10	0,3
Técnico em Prótese e Órtese	1	0,0
Técnico em Radiologia e Imagem	25	0,7
Telefonista	8	0,2
Terapeuta Ocupacional	4	0,1
Total	3366	100,0

Fonte: Elaborada pela autora (2013).

Os valores máximo e mínimo, as medidas de tendência central (média, moda e mediana) e a medida de dispersão (desvio padrão) da variável quantitativa tempo de serviço são mostradas na Tabela 7.

Tabela 7 – Medidas de Tendência Central e de Dispersão: Tempo de Serviço.

Medidas de Tendência Central e de Dispersão	Valores
Máximo	39
Mínimo	0
Média	11
Moda	0
Mediana	8
Desvio Padrão	9

Fonte: Elaborada pela autora (2013).

4.1.2 Variáveis do Perfil dos Acidentes

A Tabela 8 mostra a distribuição das variáveis gerais, incluindo o período de ocorrência, o tipo de acidente e a avaliação inicial de gravidade.

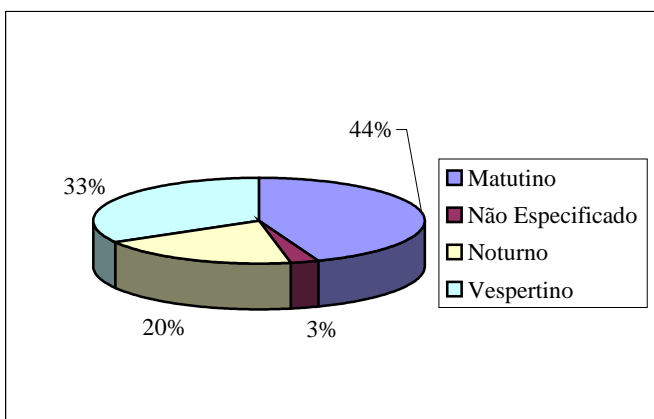
Tabela 8 – Distribuição das Variáveis Gerais.

Variável	Categoria	Número de Acidentes	%
Período de Ocorrência	Matutino	1482	44,0
	Não Especificado	98	2,9
	Noturno	661	19,6
	Vespertino	1125	33,4
Tipo de Acidente	Doença	42	1,2
	Típico	2930	87,0
	Trajeto	394	11,7
Avaliação Inicial de Gravidade	Acidente Grave	22	0,7
	Acidente Leve	2263	67,2
	Acidente Moderado	450	13,4
	Não especificado	630	18,7
	Óbito	1	0,0

Fonte: Elaborada pela autora (2013).

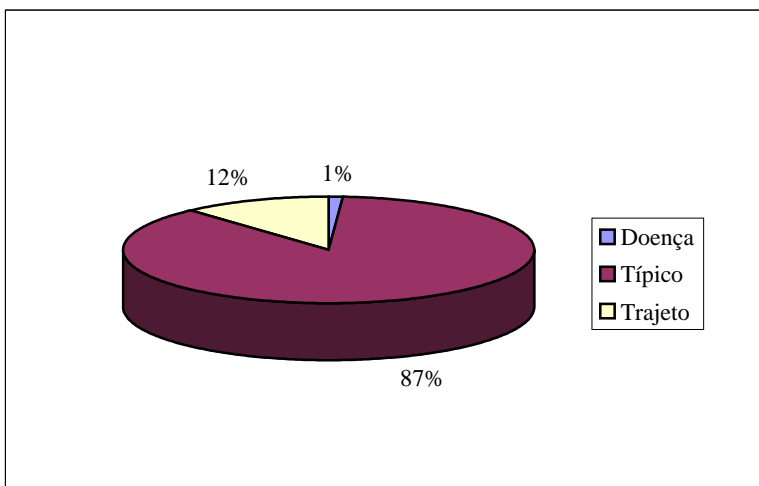
Tendo como base as variáveis gerais, é notado que maior parte dos acidentes da SES, no período de 2001 a 2012, ocorreu no período matutino (44,0%), seguido pelo período vespertino (33,4%), como mostra o Gráfico 10. O tipo de acidente predominante é o típico, com 87,0% (Gráfico 11), e, pela avaliação inicial de gravidade feita pelo médico assistente, o acidente mais recorrente é o leve (Gráfico 12).

Gráfico 10 – Variáveis Gerais: Período de Ocorrência.



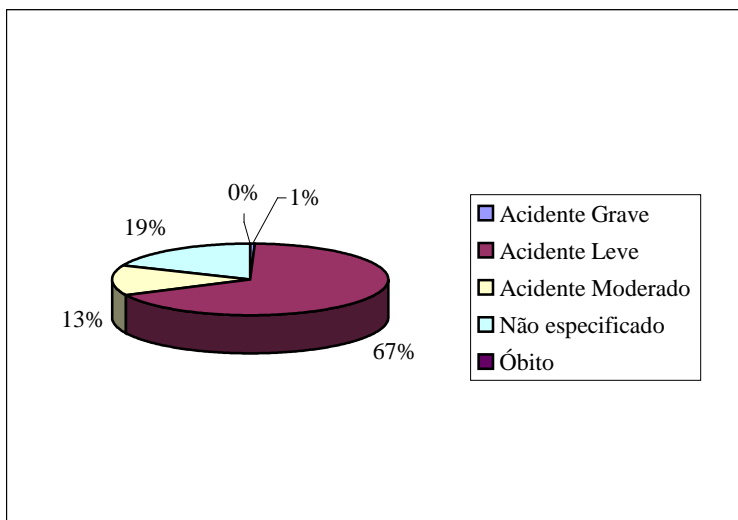
Fonte: Elaborado pela autora (2013).

Gráfico 11 – Variáveis Gerais: Tipo de Acidente.



Fonte: Elaborado pela autora (2013).

Gráfico 12 – Variáveis Gerais: Avaliação Inicial de Gravidade.



Fonte: Elaborado pela autora (2013).

As Tabelas de 9 a 14 mostram as variáveis codificadas nas CEATs. A Tabela 9 indica que os acidentes da SES ocorrem, na sua grande maioria, quando os servidores estão executando atividades inerentes à sua função (72,4%). Já a Tabela 10, apresenta como principal agente causador do acidente as agulhas, com 29,8% dos casos.

Tabela 9 – Distribuição das Variáveis Codificadas: Tarefa Executada.

Opção/Código	Número de Acidentes	%
100 Campo ilegível ou em branco	4	0,1
110 Trabalhar no escritório	6	0,2
111 Trabalhar fora do órgão	7	0,2
112 Limpar escritório/banheiros	12	0,4
113 Transitar dentro do órgão	246	7,3
114 Transitar de casa para o trabalho	252	7,5
115 Transitar do trabalho para casa	149	4,4
116 Executar atividade inerente ao cargo	2437	72,4
117 Executar atividade diversa do cargo	159	4,7
118 Levantar peso manualmente	20	0,6
119 Transportar peso manualmente	13	0,4
120 Conduzir veículo	10	0,3
121 Executar serviço de manutenção predial	6	0,2
125 Transitar fora do órgão no horário de trabalho	6	0,2
199 Outras tarefas não especificadas	39	1,2
Total	3366	100,0

Fonte: Elaborada pela autora (2013).

Tabela 10 – Distribuição das Variáveis Codificadas: Agente Causador do Acidente.

Opção/Código	Número de Acidentes	%
200 Campo ilegível ou em branco	16	0,5
210 Máquina ou equipamento	168	5,0
211 Ferramenta manual	43	1,3
212 Corredor	80	2,4
213 Escada/degrau	92	2,7
214 Pátio	23	0,7
215 Banheiro	4	0,1
216 Rua	138	4,1
217 Ônibus	38	1,1
218 Caminhão	6	0,2
219 Automóvel/veículo	115	3,4
220 Pessoa	372	11,1
221 Instrumento médico-hospitalar/outro	312	9,3
222 Instrumento médico-hospitalar/agulha	1002	29,8
223 Instrumento médico-hospitalar/bisturi	58	1,7
224 Piso	220	6,5
225 Telhado	3	0,1
226 Vidro	22	0,7
227 Utensílio de cozinha	48	1,4
228 Vestuário/calçado	6	0,2
229 Objeto colocado no caminho	62	1,8
230 Rampa	26	0,8
231 Elevador	5	0,1
232 Embalagem/recipientes	27	0,8
233 Andaime	1	0,0
234 Bancada	5	0,1
235 Moto	25	0,7
236 Combustível	5	0,1
237 Iluminação	3	0,1
240 Animal	6	0,2
241 Móveis de escritório	68	2,0
242 Planta/vegetal	2	0,1
243 Inseto	1	0,0
299 Outros agentes não especificados	364	10,8
Total	3366	100,0

Fonte: Elaborada pela autora (2013).

Quanto à forma de contato, a mais recorrente, como mostrado na Tabela 11, é a batida contra (37,6%), comum nos acidentes com materiais perfurocortantes, seguida de queda de pessoa de mesmo nível (13,0%). A fonte causadora da lesão, variável cuja distribuição é exibida na Tabela 12, tem como opção de maior ocorrência parte pontiaguda ou afiada de objeto, com 37,5%, seguida de piso, com 12,9% dos casos.

Tabela 11 – Distribuição das Variáveis Codificadas: Forma de Contato.

Opção/Código	Número de Acidentes	%
300 Campo ilegível ou em branco	66	2,0
310 Batida contra - eu bato no objeto	1264	37,6
311 Batida por - objeto bate em mim	274	8,1
312 Queda de objeto	46	1,4
313 Queda de pessoa de mesmo nível	436	13,0
314 Queda de pessoa com diferença de nível	191	5,7
315 Pisada em	77	2,3
316 Contato/respingo na mucosa do olho	182	5,4
317 Agressão física	165	4,9
318 Ingestão	1	0,0
319 Inalação	12	0,4
320 Prensagem entre	51	1,5
321 Esforço excessivo/mau jeito	195	5,8
322 Contato da pele com	110	3,3
323 Ação de ser vivo	10	0,3
324 Exposição a	42	1,2
325 Mordedura	5	0,1
326 Picada	1	0,0
328 Contato com	23	0,7
399 Outros tipos não especificados	215	6,4
Total	3366	100,0

Fonte: Elaborada pela autora (2013).

Tabela 12 – Distribuição das Variáveis Codificadas: Fonte Causadora da Lesão.

Opção/Código	Número de Acidentes	%
500 Campo ilegível ou em branco	28	0,8
510 Parte de máquina/equipamento	107	3,2
511 Parte afiada de ferramenta	32	1,0
512 Piso	434	12,9
513 Degraus de escada	90	2,7
514 Depressão/buraco	72	2,1
515 Painel de veículo	18	0,5
516 Partícula	6	0,2
517 Parte pontiaguda ou afiada de objeto	1263	37,5
518 Obstáculo rígido	49	1,5
519 Parte externa de veículo	47	1,4
520 Telhado	3	0,1
521 Sangue humano	99	2,9
522 Punhos	70	2,1
523 Pés	26	0,8
525 Dentes/boca	12	0,4
526 Hélice de ventilador	2	0,1
527 Veneno	1	0,0
530 Vestuário/calçado	9	0,3
533 Objeto em movimento	40	1,2
535 Chama/fogo	1	0,0
537 Energia	4	0,1
538 Gás	2	0,1
539 Utensílio de cozinha	25	0,7
540 Pressão	5	0,1
541 Vapor d'água	2	0,1
543 Pregos	2	0,1
544 Embalagem/recipientes	25	0,7
559 Canto vivo saliente de móvel	22	0,7
560 Produto químico	39	1,2

Fonte: Elaborada pela autora (2013).

Tabela 12 (Continuação) – Distribuição das Variáveis Codificadas: Fonte Causadora da Lesão.

Opção/Código	Quantidade	%
561 Agente biológico	118	3,5
562 Ruído	3	0,1
563 Temperatura/água quente	24	0,7
564 Umidade	6	0,2
567 Eletricidade	17	0,5
568 Inflamáveis	3	0,1
569 Explosivos	1	0,0
599 Outra fonte não especificada	659	19,6
Total	3366	100,0

Fonte: Elaborada pela autora (2013).

Na Tabela 13, fica demonstrada a distribuição da variável natureza da lesão. Percebe-se que a perfuração é a opção que mais ocorreu nos acidentes avaliados, chegando ao percentual de 35,2%.

Tabela 13 – Distribuição das Variáveis Codificadas: Natureza da Lesão.

Opção/Código	Quantidade	%
600 Campo ilegível ou em branco	26	0,8
610 Amputação/perda de órgão	5	0,1
611 Contusão/hematoma	475	14,1
612 Corpo estranho	10	0,3
613 Distensão	85	2,5
614 Entorse/torção	214	6,4
615 Escoriação	94	2,8
616 Esmagamento	17	0,5
617 Ferimento	253	7,5
618 Perfuração	1186	35,2
619 Fratura	144	4,3
620 Hemorragia	1	0,0
621 Hérnia de esforço	3	0,1
622 Lesão/contaminação/intoxicação/agente biológico	190	5,6
623 Lesão por agente ergonômico	47	1,4

Fonte: Elaborada pela autora (2013).

Tabela 13 (Continuação) – Distribuição das Variáveis Codificadas: Natureza da Lesão.

Opção/Código	Quantidade	%
624 Lesão por agente físico/frio/calor	9	0,3
625 Lesão/intoxicação/agente químico	28	0,8
626 Luxação	31	0,9
627 Queimadura	54	1,6
628 Traumatismo/trauma	268	8,0
629 Lesão/contaminação/intoxicação/fungos e bactérias	18	0,5
630 Choque elétrico	10	0,3
632 Corrosão	1	0,0
635 Ruptura	9	0,3
697 Politraumatismo	5	0,1
699 Outras lesões de natureza não especificada	183	5,4
Total	3366	100,0

Fonte: Elaborada pela autora (2013).

A Tabela 14 se refere à variável parte do corpo atingida. Nesse caso, há mais de um campo que pode ser preenchido nos formulários de CEATs e implantado no SIGRH, já que um mesmo acidente pode causar lesões em mais de uma parte do corpo. Por essa razão, o total não corresponde ao número de processos constantes no grupo estudado, mas à soma de partes do corpo que foram atingidas em todos os acidentes. A parte do corpo mais atingida nos acidentes da SES foi o dedo da mão, com 29,21%, seguida da mão, com 8,83%.

Tabela 14 – Distribuição das Variáveis Codificadas: Parte do Corpo.

Opção/Código	Quantidade	%
400 Campo ilegível ou em branco	8	0,19
410 Crânio	95	2,24
411 Face	141	3,32
412 Olho	239	5,63
413 Nariz	32	0,75
414 Orelha	5	0,12
415 Ouvido	4	0,09
416 Boca/dentes/língua	35	0,82
417 Pescoço	49	1,15
418 Múltiplas localizações na cabeça/pescoço	16	0,38

Fonte: Elaborada pela autora (2013).

Tabela 14 (Continuação) – Distribuição das Variáveis Codificadas: Parte do Corpo Atingida.

Opção/Código	Quantidade	%
419 Outras parte da cabeça/pescoço	32	0,75
420 Peito	36	0,85
421 Costas	94	2,21
422 Abdome	20	0,47
423 Vísceras torácicas	7	0,16
424 Vísceras abdominais	1	0,02
425 Seio	9	0,21
428 Múltiplas localizações no tronco	6	0,14
429 Outras partes do tronco	30	0,71
430 Quadril	42	0,99
431 Região púbica ou pubiana	5	0,12
432 Órgãos genitais	1	0,02
438 Múltiplas localizações na bacia	9	0,21
439 Outras partes da bacia	17	0,40
440 Ombro	124	2,92
441 Braço	232	5,47
442 Cotovelo	84	1,98
443 Antebraço	84	1,98
444 Punho	84	1,98
445 Mão	375	8,83
446 Dedo da mão	1240	29,21
447 Tendão	1	0,02
448 Múltiplas localizações no membro superior	12	0,28
449 Outras partes do membro superior	16	0,38
450 Região glútea	23	0,54
451 Coxa	36	0,85
452 Joelho	289	6,81
453 Perna	148	3,49
454 Tornozelo	135	3,18
455 Pé	187	4,41
456 Dedo do pé	26	0,61
458 Múltiplas localizações no membro inferior	10	0,24
459 Outras partes do membro inferior	10	0,24
460 Vértebra cervical	32	0,75

Fonte: Elaborada pela autora (2013).

Tabela 14 (Continuação) – Distribuição das Variáveis Codificadas: Parte do Corpo Atingida.

Opção/Código	Quantidade	%
461 Vértebra torácica ou dorsal	7	0,16
462 Vértebra lombar	56	1,32
463 Vértebra sacra	12	0,28
464 Vértebra coccígea	10	0,24
466 Pele e anexos	2	0,05
467 Sistemas e aparelhos	4	0,09
468 Múltiplas localizações na coluna vertebral	7	0,16
469 Outras partes da coluna vertebral	14	0,33
498 Múltiplas partes lesionadas	14	0,33
499 Outras partes não especificadas	38	0,90
Total	4245	100,00

Fonte: Elaborada pela autora (2013).

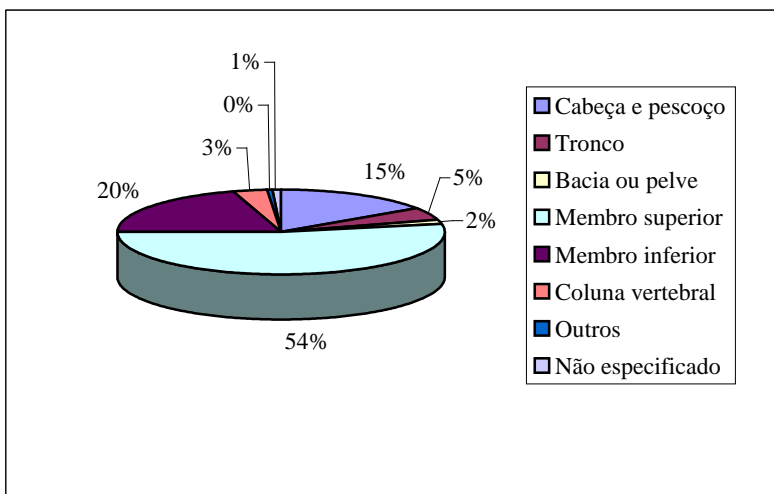
De acordo com a classificação por região do corpo, utilizada pela GESAO, tem-se a distribuição mostrada na Tabela 15 e no Gráfico 13. Os acidentes com lesão nos membros superiores representam 53,05% do total.

Tabela 15 – Distribuição dos Acidentes por Região do Corpo.

Opção	Quantidade	%
Cabeça e pescoço	656	15,45
Tronco	203	4,78
Bacia ou pelve	74	1,74
Membro superior	2252	53,05
Membro inferior	864	20,35
Coluna vertebral	138	3,25
Outros	20	0,47
Não especificado	38	0,90
Total	4245	100,00

Fonte: Elaborada pela autora (2013).

Gráfico 13 – Distribuição dos Acidentes por Região do Corpo.



Fonte: Elaborado pela autora (2013).

A variável CID, encontrada no banco de dados, foi agrupada e separada por capítulos de patologia, de acordo com a CID 10. Da mesma forma que a parte do corpo atingida, nesse caso há mais de um campo que pode ser preenchido nos formulários de CEATs e implantado no SIGRH, já que um mesmo acidente pode causar lesões diferentes. Por essa razão, o total não corresponde ao número de processos constantes no grupo estudado, mas à soma de lesões encontradas em todos os processos considerados. A distribuição dos capítulos de patologia é mostrada na Tabela 16.

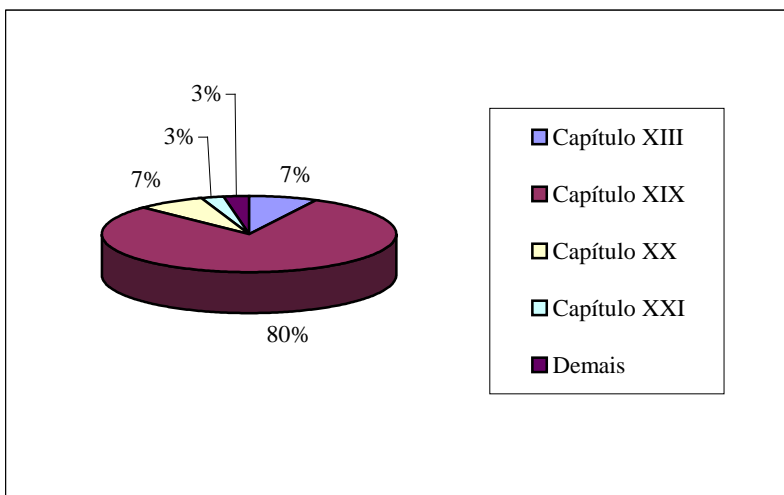
O Gráfico 14 apresenta os principais capítulos de patologia encontrados nos Laudos Médicos das CEATs. Considerando todos os acidentes ocorridos no período estudado, aproximadamente 80,0% das lesões apresentadas são relativas ao Capítulo XIX – Lesões, Envenenamento e Outras Conseqüências de Causas Externas, capítulo em que são enquadrados os acidentes com materiais perfuro-cortantes. Os demais capítulos mais significativos são o Capítulo XIII – Doenças do Sistema Osteomuscular e Tecido Conjuntivo, com 7,39%, e o Capítulo XX – Causas Externas de Morbidade e Mortalidade, com 7,23%.

Tabela 16 – Distribuição da Variável Epidemiológica: Capítulos de Patologia.

Opção	Quantidade	%
Não identificado	5	0,13
Capítulo I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias	9	0,23
Capítulo II - Neoplasias (tumores)	3	0,08
Capítulo III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos	7	0,18
Capítulo IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	2	0,05
Capítulo V - Transtornos mentais e comportamentais	8	0,21
Capítulo VI - Doenças do sistema nervoso	7	0,18
Capítulo VII - Doenças do olho e anexos	13	0,34
Capítulo VIII - Doenças do ouvido e da apófise mastóide	10	0,26
Capítulo IX - Doenças do aparelho circulatório	5	0,13
Capítulo X - Doenças do aparelho respiratório	6	0,16
Capítulo XI - Doenças do aparelho digestivo	3	0,08
Capítulo XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo	11	0,29
Capítulo XIII - Doenças do sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	285	7,39
Capítulo XIV - Doenças do aparelho geniturinário	4	0,10
Capítulo XV - Doenças Gravidez, parto e puerpério	3	0,08
Capítulo XVIII - Sintomas, sinais e achados de análises de exames clínicos	14	0,36
Capítulo XIX - Lesões, envenenamento e outras consequências de causas externas	3086	79,97
Capítulo XX - Causas externas de morbidade e mortalidade	279	7,23
Capítulo XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde	99	2,57
Total	3859	100,00

Fonte: Elaborada pela autora (2013).

Gráfico 14 – Distribuição da Variável Epidemiológica: Capítulos de Patologia.



Fonte: Elaborado pela autora (2013).

4.2 ANÁLISES BIVARIADAS

4.2.1 Entre Duas Variáveis Quantitativas

As variáveis quantitativas presentes no estudo são idade e tempo de serviço, ambas discretas. A Tabela 17, obtida com o *software SPSS 17.0*, mostra a correlação entre elas, por meio do cálculo do Coeficiente de Correlação Linear de Pearson.

Tabela 17 – Correlação: Variáveis Quantitativas.

	Correlação	Idade	Tempo de Serviço
Idade	<i>Pearson Correlation</i>	1	0,626*
	<i>Sig. (2-tailed)</i>		0,000
	<i>N</i>	3366	3366
Tempo de Serviço	<i>Pearson Correlation</i>	0,626*	1
	<i>Sig. (2-tailed)</i>	0,000	
	<i>N</i>	3366	3366

* *Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).*

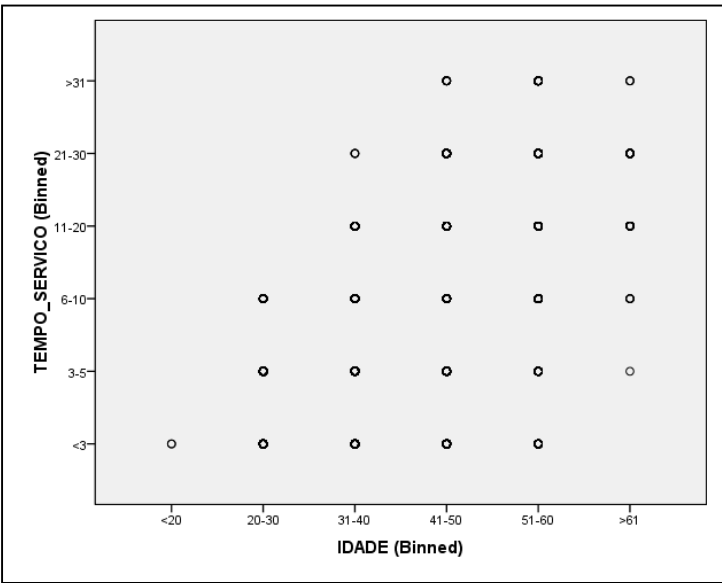
Fonte: Elaborada pela autora (2013).

O Coeficiente de Correlação Linear de Pearson r apresentou o valor de 0,626, o que significa que existe correlação forte e positiva entre as duas variáveis. Isso acontece porque, teoricamente, quem possui mais idade, tem mais tempo de serviço, embora, pelo fato de o coeficiente não ter o valor igual a 1, isso não seja sempre verdade no grupo estudado.

O *software SPSS 17.0* apresenta, também, o nível de significância da correlação que, no caso, é de até 1%. Se fosse possível, por exemplo, repetir um número muito grande de amostras, em 1% dessas amostras, seria rejeitada a hipótese nula quando essa é verdadeira. Assim, como no experimento somente foi utilizada uma amostra, espera-se que essa seja uma das 99% onde a hipótese nula é realmente falsa (havendo correlação entre as variáveis). Tem-se, portanto, o grau de confiança no resultado obtido.

O Gráfico 15 apresenta o Diagrama de Dispersão entre as variáveis quantitativas discretas Idade e Tempo de Serviço.

Gráfico 15 – Diagrama de Dispersão Idade x Tempo de Serviço.



Fonte: Elaborado pela autora (2013).

4.2.2 Entre Duas Variáveis Qualitativas

A associação entre as variáveis qualitativas foi verificada com o teste de associação de Qui-quadrado e o grau de associação com a utilização do Coeficiente de Contingência. A Tabela 18, elaborada com o auxílio do *software SPSS 17.0*, mostra as associações entre variáveis, os respectivos valores de Qui-quadrado, níveis de significância e Coeficientes de Contingência.

Tabela 18 – Associação: Variáveis Qualitativas.

Variável	Variável Associada	χ^2	Nível de Significância	C
Sexo	Período de Ocorrência	7,445	0,059	0,047
	Tipo de Acidente	0,914	0,633	0,016
	Avaliação Inicial de Gravidade	11,929	0,018	0,059
	Agente Causador do Acidente	170,623	0,000	0,220
	Forma de Contato	138,628	0,000	0,199
	Fonte Causadora da Lesão	166,009	0,000	0,217
Estado Civil	Natureza da Lesão	178,756	0,000	0,225
	Período de Ocorrência	8,415	0,906	0,050
	Tipo de Acidente	14,699	0,143	0,066
	Avaliação Inicial de Gravidade	39,309	0,024	0,100
	Agente Causador do Acidente	312,482	0,000	0,291
	Forma de Contato	118,480	0,052	0,184
Nível de Formação	Fonte Causadora da Lesão	173,812	0,712	0,222
	Natureza da Lesão	128,185	0,404	0,192
	Período de Ocorrência	54,362	0,001	0,126
	Tipo de Acidente	68,589	0,000	0,141
	Avaliação Inicial de Gravidade	62,917	0,004	0,135
	Agente Causador do Acidente	657,143	0,000	0,404
Unidade Regional	Forma de Contato	289,467	0,000	0,281
	Fonte Causadora da Lesão	536,990	0,000	0,371
	Natureza da Lesão	508,347	0,000	0,362
	Período de Ocorrência	40,538	0,006	0,109
	Tipo de Acidente	31,470	0,005	0,096
	Avaliação Inicial de Gravidade	114,333	0,000	0,181
	Agente Causador do Acidente	538,672	0,000	0,371
	Forma de Contato	352,213	0,000	0,308
	Fonte Causadora da Lesão	412,741	0,000	0,330
	Natureza da Lesão	235,884	0,001	0,256

Fonte: Elaborado pela autora (2014).

Tabela 18 (Continuação) – Associação: Variáveis Qualitativas.

Variável	Variável Associada	χ^2	Nível de Significância	C
Função	Período de Ocorrência	194,613	0,013	0,234
	Tipo de Acidente	276,270	0,000	0,275
	Avaliação Inicial de Gravidade	311,065	0,000	0,291
	Agente Causador do Acidente	2851,951	0,000	0,677
	Forma de Contato	1296,695	0,000	0,527
	Fonte Causadora da Lesão	3181,773	0,000	0,697
	Natureza da Lesão	3138,299	0,000	0,695
Período de Ocorrência	Tipo de Acidente	852,560	0,000	0,450
	Avaliação Inicial de Gravidade	35,834	0,000	0,103
	Agente Causador do Acidente	327,073	0,000	0,298
	Forma de Contato	223,619	0,000	0,250
	Fonte Causadora da Lesão	192,164	0,000	0,232
Tipo de Acidente	Natureza da Lesão	343,691	0,000	0,304
	Avaliação Inicial de Gravidade	255,626	0,000	0,266
	Agente Causador do Acidente	2161,031	0,000	0,625
	Forma de Contato	827,017	0,000	0,444
	Fonte Causadora da Lesão	1168,727	0,000	0,508
Agente Causador do Acidente	Natureza da Lesão	1148,883	0,000	0,504
	Forma de Contato	10251,566	0,000	0,868
	Fonte Causadora da Lesão	26223,572	0,000	0,941
Forma de Contato	Natureza da Lesão	5736,873	0,000	0,794
	Fonte Causadora da Lesão	14605,204	0,000	0,901
Fonte Causadora da Lesão	Natureza da Lesão	6645,768	0,000	0,815
		11958,689	0,000	0,883

Fonte: Elaborado pela autora (2014).

Conforme Bruni (2012), como o SPSS calcula o nível de significância, basta analisá-los. Se o valor for maior que 0,05, não se pode rejeitar a hipótese nula h_0 , aceitando-se a independência das variáveis. Se o valor for menor que 0,05, rejeita-se a hipótese nula h_0 , aceitando-se o fato de as frequências observadas e esperadas serem discrepantes e, conseqüentemente, a hipótese de dependência das variáveis, com presença de associação (BRUNI, 2012).

Considerando a variável sexo, percebe-se a independência em relação às variáveis período de ocorrência e tipo de acidente (níveis de significância de 0,059 e 0,633, respectivamente). Já em relação às variáveis avaliação inicial de gravidade, agente causador do acidente, forma de contato, fonte causadora da lesão e natureza da lesão existe associação (a

primeira com nível de significância de 0,018 e os demais assumindo o valor nulo), porém, com grau fraco (Coeficientes de Contingência não chegam próximo a 1).

A variável estado civil apresenta independência em relação às variáveis período de ocorrência, tipo de acidente, forma de contato, fonte causadora da lesão e natureza da lesão (níveis de significância de 0,906; 0,143; 0,052; 0,712 e 0,404, respectivamente). Existe, porém, fraca associação com as variáveis avaliação inicial de gravidade e agente causador do acidente (níveis de significância de 0,024 e 0,000; Coeficientes de Contingência de 0,100 e 0,291).

O nível de formação e a idade apresentaram associação com todas as variáveis testadas (período de ocorrência, tipo de acidente, avaliação inicial de gravidade, agente causador do acidente, forma de contato, fonte causadora da lesão e natureza da lesão), porém, de grau fraco. O maior valor de Coeficiente de Contingência foi obtido quando relacionadas as variáveis nível de formação e agente causador do acidente (0,404).

As variáveis Unidade Regional e tempo de serviço apresentaram associação com todas as variáveis testadas (período de ocorrência, tipo de acidente, avaliação inicial de gravidade, agente causador do acidente, forma de contato, fonte causadora da lesão e natureza da lesão). Os altos valores de Qui-quadrado, obtidos quando da associação com as variáveis avaliação inicial de gravidade, agente causador do acidente, forma de contato, fonte causadora da lesão e natureza da lesão, reafirmam a dependência entre elas. O grau de associação apresentado é fraco em todos os casos.

A variável função apresentou associação com todas as variáveis testadas (período de ocorrência, tipo de acidente, avaliação inicial de gravidade, agente causador do acidente, forma de contato, fonte causadora da lesão e natureza da lesão). A associação com as variáveis agente causador do acidente, forma de contato, fonte causadora da lesão e natureza da lesão resultou valores de Coeficiente de Contingência superiores a 0,5 (0,677; 0,527; 0,697 e 0,695, respectivamente), mostrando um grau de associação médio.

A variável período de ocorrência apresentou associação com todas as variáveis testadas (tipo de acidente, avaliação inicial de gravidade, agente causador do acidente, forma de contato, fonte causadora da lesão e natureza da lesão), porém com grau fraco. O maior valor de Coeficiente de Contingência encontrado foi de 0,450, quando da associação com a variável tipo de acidente.

O tipo de acidente apresentou associação com todas as variáveis testadas (avaliação inicial de gravidade, agente causador do acidente, forma de contato, fonte causadora da lesão e natureza da lesão), tendo grau médio

de associação com as variáveis agente causador do acidente ($C = 0,625$), fonte causadora da lesão ($C = 0,508$) e natureza da lesão ($C = 0,504$).

A variável agente causador do acidente foi testada com as variáveis forma de contato, fonte causadora da lesão e natureza da lesão e apresentou associação forte com todas elas (Coeficientes de Contingência de 0,868; 0,941 e 0,794, respectivamente).

A forma de contato foi testada com as variáveis fonte causadora da lesão e natureza da lesão e apresentou forte associação com ambas (Coeficientes de Contingência de 0,901 e 0,815, respectivamente).

Finalmente, quando testada a associação entre as variáveis fonte causadora da lesão e natureza da lesão, verificou-se forte relação de dependência entre elas, com o Coeficiente de Contingência no valor de 0,883.

4.2.3 Entre uma Variável Quantitativa e uma Qualitativa

A análise bivariada envolvendo uma variável quantitativa e uma qualitativa foi constituída pelo cálculo das medidas descritivas de tendência central (média, moda e mediana) e de dispersão (desvio padrão), em todas as categorias das variáveis qualitativas consideradas. Dessa forma, foram cruzadas as variáveis quantitativas idade e tempo de serviço com as variáveis qualitativas sexo, estado civil, nível de formação, Unidade Regional, período de ocorrência, tipo de acidente e avaliação inicial de gravidade.

A Tabela 19 apresenta as medidas descritivas da variável idade em relação às variáveis qualitativas. A Tabela 20 mostra as medidas descritivas da variável tempo de serviço em relação às mesmas variáveis.

Tabela 19 – Medidas Descritivas: Variável Quantitativa Idade x Variáveis Qualitativas.

Variável	Categoria	Máximo	Mínimo	Média	Moda	Mediana	Desvio Padrão
Sexo	Feminino	68	19	41,98	47	43,0	9,528
	Masculino	68	20	42,39	45	43,0	9,189
Estado Civil	Casado	68	22	43,08	45	44,0	9,037
	Divorciado/separado	64	22	45,43	48	46,0	7,725
	Não Informado	34	34	34,00	34	34,0	0,000
	Solteiro	64	19	37,36	29	36,0	9,570
União Estável	União Estável	59	23	41,11	39	40,0	8,533
	Viuvo	61	32	49,98	51	51,0	6,578
	Doutorado	50	30	39,67	30	39,0	10,017
	Especialização	68	21	39,94	29	39,0	9,981
Nível de Formação	Fundamental Completo	64	22	45,46	48	47,0	8,024
	Fundamental Incompleto	68	21	48,56	50	49,0	7,733
	Graduação	61	23	40,18	41	41,0	9,043
	Médio/profissionalizante	66	19	39,74	43	40,0	9,038
Mestrado	Mestrado	58	26	41,21	45	42,0	8,495
	Não Especificado	67	20	39,24	26	41,0	11,382

Fonte: Elaborado pela autora (2014).

Tabela 19 (Continuação) – Medidas Descritivas: Variável Quantitativa Idade x Variáveis Qualitativas.

Variável	Categoria	Máximo	Mínimo	Média	Moda	Mediana	Desvio Padrão
Unidade Regional	Blumenau	61	21	42,56	39	43,0	9,650
	Chapecó	58	32	46,79	49	46,5	7,189
	Criciúma	56	30	44,31	42	44,0	6,973
	Florianópolis	68	19	42,32	46	43,0	9,409
	Itajaí	59	33	46,00	42	47,0	7,194
	Joaçaba	45	35	41,75	35	43,5	4,573
Período de Ocorrência	Joinville	68	20	40,97	49	42,0	9,475
	Lages	67	20	40,95	43	42,0	9,846
	Matutino	68	19	42,02	46	43,0	9,285
	Não Especificado	62	20	43,47	45	45,0	9,884
	Noturno	68	22	43,26	50	44,0	9,233
	Vespertino	65	20	41,27	48	42,0	9,718
Tipo de Acidente	Doença	62	27	45,83	50	47,0	7,587
	Típico	68	19	41,62	45	42,0	9,427
	Trajeto	65	22	44,89	50	46,0	9,361
Avaliação Inicial de Gravidade	Acidente Grave	62	32	49,77	58	50,5	8,124
	Acidente Leve	68	20	41,85	47	43,0	9,625
	Acidente Moderado	68	21	44,01	47	45,0	9,363
	Não Especificado	63	19	41,16	46	42,0	8,681
Óbito		32	32	32,00	32	32,0	0,000

Fonte: Elaborado pela autora (2014).

Tabela 20 – Medidas Descritivas: Variável Quantitativa Tempo de Serviço x Variáveis Qualitativas.

Variável	Categoria	Máximo	Mínimo	Média	Moda	Mediana	Desvio Padrão
Sexo	Feminino	34	0	10,36	0	8,0	9,042
	Masculino	39	0	12,49	0	13,0	10,035
Estado Civil	Casado	39	0	11,41	0	11,0	9,436
	Divorciado/separado	33	0	12,61	0	14,0	9,127
	Não Informado	0	0	0,00	0	0,0	0,000
	Solteiro	33	0	7,84	0	4,0	8,436
Nível de Formação	União Estável	31	0	16,12	13	17,0	8,923
	Viuvo	30	0	16,12	13	17,0	8,027
	Doutorado	19	0	11,67	0	16,0	10,214
	Especialização	39	0	8,83	0	5,5	8,763
	Fundamental Completo	38	0	13,93	15	14,0	8,823
	Fundamental Incompleto	34	0	16,58	16	17,0	7,529
	Graduação	31	0	9,49	1	7,0	8,381
	Médio profissionalizante	34	0	8,48	0	4,0	8,933
	Mestrado	28	0	12,39	12	12,0	7,758
	Não Especificado	34	0	9,72	0	3,5	11,233

Fonte: Elaborado pela autora (2014).

As medidas descritivas da variável idade demonstram, em relação à variável sexo, que a média no grupo feminino (41,98 anos) é muito próxima da média do grupo masculino (42,39 anos). A idade que mais se repete nos acidentados do sexo feminino é 47 anos, enquanto que no grupo masculino é 45 anos.

A média de idade, quando considerado o estado civil, varia de 34,00 anos (estado civil não informado) a 49,98 anos (viúvos). O desvio padrão, nesse caso (referente aos viúvos), é menor (6,578 anos) que nos demais, principalmente em relação ao grupo dos solteiros (9,570 anos).

Quanto ao nível de formação, a média de idade varia de 39,24 anos (nível de formação não especificado) a 48,56 anos (fundamental incompleto). Os grupos de nível de formação não especificado e com doutorado apresentam os maiores valores de desvio padrão (11,382 e 10,017 anos, respectivamente).

Considerando as Unidades Regionais, a maior média de idade é a de Chapecó (46,79 anos) e a menor é a de Lages (40,95 anos), que também apresenta o maior valor de desvio padrão (9,846 anos). O menor valor de desvio padrão encontrado é o da Unidade Regional de Joaçaba (4,573 anos).

Quando a variável analisada é o período de ocorrência, as médias de idade dos acidentados variam de 41,27 anos (vespertino) a 43,47 anos (não especificado). Os valores de desvio padrão encontrados em todas as categorias ficam em torno de 9 anos.

As médias de idade encontradas para os tipos de acidente variam de 41,62 anos (típico) a 44,89 anos (trajeto). O menor valor de desvio padrão encontrado é o da doença (7,587 anos), enquanto o dos acidentes típicos e de trajeto ficam em torno de 9 anos. A idade que mais se repete nos casos de doença e de acidentes de trajeto é 50 anos e 45 anos para os acidentes típicos.

Quanto à variável avaliação inicial de gravidade, as médias de idade variam de 32 anos, no caso de óbito (foi encontrado apenas um registro) a 49,77 anos, no caso de acidente grave. O maior valor de desvio padrão encontrado é o dos acidentes leves (9,625 anos).

As medidas descritivas da variável tempo de serviço mostram, em relação à variável sexo, que a média no grupo feminino (10,36 anos) é menor que a média do grupo masculino (12,49 anos). O desvio padrão encontrado no grupo feminino (9,042 anos) é também menor que no grupo masculino (10,035 anos).

A média de tempo de serviço, quando considerado o estado civil, varia de 0 anos (estado civil não informado) a 16,12 anos (união estável e

viúvos). O maior valor de desvio padrão encontrado foi para a categoria casados (9,436 anos).

Quanto ao nível de formação, a média de tempo de serviço varia de 8,48 anos (médio/profissionalizante) a 16,58 anos (fundamental incompleto). Os grupos de níveis de formação não informados e com doutorado apresentam os maiores valores de desvio padrão (11,233 e 10,214 anos, respectivamente).

Considerando as Unidades Regionais, a maior média de tempo de serviço é a de Joaçaba (17,25 anos) e a menor é a de Joinville (7,31 anos), que também apresenta o menor valor de desvio padrão (7,862 anos). O maior valor de desvio padrão encontrado é o da unidade regional de Itajaí (11,013 anos).

Quando a variável analisada é o período de ocorrência, as médias de tempo de serviço dos acidentados variam de 9,77 anos (vespertino) a 12,24 anos (noturno). Os valores de desvio padrão encontrados, em todas as categorias, ficam em torno de 9 anos.

As médias de tempo de serviço encontradas para os tipos de acidente variam de 10,39 anos (típico) a 14,79 anos (doença). O menor valor de desvio padrão encontrado é também o da doença (8,612 anos), enquanto o maior é o dos acidentes típicos (9,276 anos). O tempo de serviço mais recorrente nos casos de acidentes típicos e de trajeto foi de 0 anos, ou seja, antes de completar um ano de serviço; para os casos de doença, o tempo de serviço que mais se repetiu foi de 23 anos.

Quanto à avaliação inicial de gravidade, as médias de tempo de serviço variam de 0 anos, nos casos de óbito, a 19,32 anos, no caso de acidente grave. O maior valor de desvio padrão encontrado é o dos acidentes leves (9,459 anos).

5 CONCLUSÕES, CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES

5.1 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa apresentou como tema os acidentes em serviço ocorridos na SES, tendo como fenômeno a sua análise. Dessa forma, sua contribuição para a Engenharia de Produção, mais especificamente para a área da Ergonomia, veio no sentido de ampliar os estudos sobre acidentes no setor público, tendo como base o contexto do Poder Executivo Estadual de Santa Catarina.

A SES é o órgão do Poder Executivo Estadual de Santa Catarina que apresenta o maior número de registros de acidentes em serviço. Sendo assim, ainda que a pesquisa tenha se limitado a um estudo de caso, para que possa haver o controle dos riscos a que os servidores estão expostos, assim como se possa atuar na eliminação ou redução dos acidentes, existe a necessidade de se conhecer os acidentes que ocorrem, a fim de que medidas preventivas possam ser tomadas.

O estudo considerou os acidentes ocorridos entre os anos de 2001 a 2012, período cujos dados puderam ser levantados com a ajuda da GECOB, vinculada à SEA, órgão responsável pelo registro e caracterização dos acidentes em serviço do Poder Executivo do Estado. Após terem sido trabalhados os dados, as variáveis existentes e criadas foram classificadas em variáveis do perfil dos acidentados, dividida em variáveis cadastrais e funcionais, e variáveis do perfil dos acidentes, dividida em variáveis gerais e codificadas. Para a consecução do objetivo geral, procedeu-se, então, a análise delas.

Na primeira parte da análise – análise univariada, foi realizada a análise descritiva das variáveis, por meio de distribuição de frequências. Buscou-se, desse modo, identificar o perfil dos acidentes ocorridos, atendendo, assim, o primeiro objetivo específico.

Considerando as variáveis cadastrais do perfil dos acidentados, foi constatado que maior parte dos acidentados é do sexo feminino (81,1%) e casada (49,5%). É importante lembrar que a pesquisa teve como limitação o fato de considerar o número absoluto de servidores acidentados, não levando em conta o número total, nesse caso, de servidores de cada sexo vinculados à SES.

Segundo o nível de formação, a grande maioria possui ensino médio ou profissionalizante (51,7%), o que indica a atuação de profissionais de nível técnico. A faixa de idade mais recorrente, por sua vez, é a de 41 a 50 anos (37,6%), variando de 19 a 68 anos, e tendo o valor de 47 anos como o mais recorrente.

Em relação às variáveis funcionais do perfil dos acidentados, 68,5% desses atua na Unidade Regional de Florianópolis. Da mesma forma que, no caso da variável sexo, não foi considerado o número total de servidores atuantes em cada Unidade Regional, logo, essa maioria deve-se, também, ao fato de que maior parte das unidades da SES, incluindo os hospitais públicos estaduais, concentra-se na região da Grande Florianópolis.

Segundo o tempo de serviço, 29,0% dos acidentados têm de 11 a 20 anos de serviço, variando de 0 a 39 anos e tendo o valor 0 anos como o mais recorrente. Outro número significativo é o de acidentados com menos de 3 anos de serviço (27,9%), o que mostra que a segunda maior parte de acidentados da SES encontrava-se, quando do acidente, em estágio probatório.

Considerando a função, 65,3% dos profissionais acidentados são ligados à área de enfermagem, onde 1023, dos 3366 acidentados, são técnicos de enfermagem. Esse número reforça o mostrado sobre a variável nível de formação, onde maior parte dos profissionais acidentados possui nível técnico.

Quando foram analisadas as variáveis gerais do perfil dos acidentes, verificou-se que maior parte dos acidentes aconteceu no período matutino (44,0%). Salienta-se, novamente, que não foi considerado o número total de servidores atuantes em cada período, representando aquele valor apenas o número absoluto de acidentes ocorridos.

O tipo de acidente predominante é o típico, com 87,0%, sendo a maioria classificada como leve (67,2%), de acordo com a avaliação inicial de gravidade. Tal valor é um indício de que grande parte dos acidentes da SES não gera afastamento.

As variáveis codificadas expressam como o acidente ocorreu de forma propriamente dita. Dessa forma, identificou-se que 72,4% dos acidentes ocorreram quando os servidores desenvolviam atividades inerentes ao seu cargo. Isso mostra que a disfunção, se considerada causa possível dos acidentes, não é fator predominante.

Sobre o agente causador do acidente, o mais recorrente é a categoria instrumento medicohospitalar/agulha, com 29,8%, e a forma de contato com maior percentual encontrado corresponde à categoria eu bato no objeto (37,6%), seguida de queda de pessoa de mesmo nível (13,0%). De maneira paralela, a fonte causadora da lesão mais encontrada é parte pontiaguda ou afiada de objeto (37,5%), seguida de piso (12,9%), e a natureza da lesão a perfuração, com 35,2%.

Em relação à parte do corpo mais atingida, encontrou-se o dedo, com 29,21%, seguida da mão, com 8,83%. Nesse sentido, 53,05% dos acidentados atingiram os membros superiores. Já de acordo com o capítulos de

patologia da CID-10, 79,97% dos acidentes foram enquadrados como lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas, onde são enquadrados os acidentes com materiais perfurocortantes.

Percebe-se, assim, com a análise univariada, que existe a indicação de que o acidente que mais ocorre na SES tem relação com o manuseio de materiais perfurocortantes. Isso fica evidenciado quando observadas as distribuições de frequência das variáveis tipo do acidente, avaliação inicial da gravidade, agente causador do acidente, forma de contato, fonte causadora da lesão, natureza da lesão, parte do corpo atingida e capítulo de patologia, todos com predominância de categorias nas quais se enquadraria tal tipo de acidente.

Na segunda parte da análise – análise bivariada, em atendimento ao segundo objetivo específico, foram feitas análises de relação entre duas variáveis quantitativas, entre duas variáveis qualitativas e entre uma variável quantitativa e uma qualitativa. Buscou-se, dessa forma, identificar as relações entre as variáveis estudadas, o que constitui o objetivo geral.

Em relação à análise bivariada de duas variáveis quantitativas, foi calculado o Coeficiente de Correlação Linear de Pearson entre as variáveis idade e tempo de serviço, que apresentou o valor de 0,626, mostrando que existe correlação forte e positiva entre as duas variáveis. Isso acontece porque, teoricamente, quem possui mais idade, tem mais tempo de serviço, embora, pelo fato de o coeficiente não ter o valor igual a 1, isso não seja sempre verdade no grupo estudado. A correlação mostrou, ainda, um nível de significância de até 1%, gerando um nível de confiança de 99%.

Quando avaliadas duas variáveis qualitativas, foi utilizado o teste Qui-quadrado, para identificar se existe associação entre elas. Foi também calculado o Coeficiente de Contingência para verificar o grau de associação.

A variável sexo mostrou-se independente em relação às variáveis período de ocorrência e tipo de acidente (níveis de significância de 0,059 e 0,633, respectivamente). Já em relação às variáveis avaliação inicial de gravidade, agente causador do acidente, forma de contato, fonte causadora da lesão e natureza da lesão existe associação (a primeira com nível de significância de 0,018 e os demais assumindo o valor nulo), porém, com grau fraco (Coeficientes de Contingência não chegam próximo a 1). Isso indica que o sexo dos servidores interfere muito pouco nas características dos acidentes.

A variável estado civil apresenta independência em relação às variáveis período de ocorrência, tipo de acidente, forma de contato, fonte causadora da lesão e natureza da lesão (níveis de significância de 0,906; 0,143; 0,052; 0,712 e 0,404, respectivamente). Existe fraca associação com

as variáveis avaliação inicial de gravidade e agente causador do acidente (níveis de significância de 0,024 e 0,000; Coeficientes de Contingência de 0,100 e 0,291), mostrando que também existe pouca influência do estado civil nas características dos acidentes.

O nível de formação e a idade apresentaram associação com todas as variáveis testadas, porém, de grau fraco (o maior valor de Coeficiente de Contingência foi obtido quando relacionadas as variáveis nível de formação e agente causador do acidente, no valor de 0,404). As variáveis Unidade Regional e tempo de serviço também apresentaram associação com todas as variáveis testadas com grau fraco (o maior valor de Coeficiente de Contingência foi obtido quando relacionadas as variáveis Unidade Regional e agente causador do acidente, no valor de 0,371). Teve-se, dessa forma, o indicativo de que tais variáveis também têm interferência pouco representativa em relação às características dos acidentes.

A variável função, fechando o grupo de variáveis do perfil dos acidentados, apresentou associação com todas as variáveis testadas. A associação com as variáveis agente causador do acidente, forma de contato, fonte causadora da lesão e natureza da lesão resultou valores de Coeficiente de Contingência superiores a 0,5 (0,677; 0,527; 0,697 e 0,695, respectivamente), mostrando um grau de associação médio. Considerando que as categorias profissionais que mais sofrem acidentes na SES envolvem técnicos e outras profissões ligadas à Enfermagem, e que se teve o indicativo de que o acidente mais recorrente está relacionado ao manuseio de materiais perfurocortantes, fica claro que a função desempenhada acaba por ser associada às características dos acidentes, uma vez que os profissionais de enfermagem são aqueles que atuam diretamente com os materiais perfurocortantes.

A variável período de ocorrência apresentou associação com todas as variáveis testadas, porém com grau fraco (o maior valor de Coeficiente de Contingência encontrado foi de 0,450, quando da associação com a variável tipo de acidente). Teve-se, com isso, o indicativo de que o período de ocorrência também tem interferência pouco representativa em relação às características dos acidentes.

O tipo de acidente apresentou associação com todas as variáveis, tendo grau médio de associação com as variáveis agente causador do acidente ($C = 0,625$), fonte causadora da lesão ($C = 0,508$) e natureza da lesão ($C = 0,504$). Considerando que a grande maioria dos acidentes seja típico envolvendo materiais perfurocortantes, o agente causador do acidente, a fonte causadora da lesão e a natureza da lesão tendem a apresentar as mesmas categorias como prevalentes, compondo tal acidente.

A variável agente causador do acidente foi testada com as variáveis forma de contato, fonte causadora da lesão e natureza da lesão e apresentou associação forte com todas elas (Coeficientes de Contingência de 0,868; 0,941 e 0,794, respectivamente). Esse grau de associação ocorre porque, levando-se em consideração as três variáveis, ao descreverem um acidente, uma leva à outra, principalmente em se tratando dos acidentes ocorridos com manuseio de materiais perfurocortantes, que apresentam apenas uma categoria definida em cada uma das variáveis do perfil dos acidentes.

A forma de contato foi testada com as variáveis fonte causadora da lesão e natureza da lesão e apresentou forte associação com ambas (Coeficientes de Contingência de 0,901 e 0,815, respectivamente). Da mesma forma que no caso anterior, considerando a maioria de acidentes ocorridos ser do tipo a envolver materiais perfurocortantes, a forma de contato (eu bato no objeto), leva à fonte causadora da lesão (parte pontiaguda ou afiada de objeto) e à natureza da lesão (perfuração). O mesmo ocorre quando testada a associação entre as variáveis fonte causadora da lesão e natureza da lesão, onde verificou-se forte relação de dependência entre elas, com o Coeficiente de Contingência no valor de 0,883.

Quando avaliadas uma variável quantitativa e uma qualitativa, foram calculadas as medidas descritivas de tendência central (média, moda e mediana) e de dispersão (desvio padrão) da variável quantitativa, em todas as categorias das variáveis qualitativas consideradas. Dessa forma, foram cruzadas as variáveis quantitativas idade e tempo de serviço com as variáveis qualitativas sexo, estado civil, nível de formação, Unidade Regional, período de ocorrência, tipo de acidente e avaliação inicial de gravidade.

Em relação à variável sexo, as medidas descritivas da variável idade demonstram que a média no grupo feminino (41,98 anos) é bastante próxima da média do grupo masculino (42,39 anos). A idade mais recorrente nos acidentados do sexo feminino é 47 anos, enquanto que no grupo masculino é 45 anos.

Quando considerado o estado civil, a média de idade varia de 34,00 anos (estado civil não informado) a 49,98 anos (viúvos). Quanto ao nível de formação, varia de 39,24 anos (nível de formação não especificado) a 48,56 anos (fundamental incompleto). Considerando as Unidades Regionais, Chapecó possui a maior média de idade (46,79 anos) e a menor é a de Lages (40,95 anos). Quando a variável analisada é o período de ocorrência, as médias de idade dos acidentados variam de 41,27 anos (vespertino) a 43,47 anos (não especificado).

Para os tipos de acidente, as médias de idade encontradas variam de 41,62 anos (típico) a 44,89 anos (trajeto). Quanto à variável avaliação inicial de gravidade, variam de 32 anos, no caso de óbito (foi encontrado apenas um registro), a 49,77 anos, no caso de acidente grave.

As medidas descritivas da variável tempo de serviço mostram, em relação à variável sexo, que a média no grupo feminino (10,36 anos) é menor que a média do grupo masculino (12,49 anos). O desvio padrão encontrado no grupo feminino (9,042 anos) é também menor que no grupo masculino (10,035 anos), mostrando um grupo mais homogêneo no quesito idade.

A média de tempo de serviço, segundo o estado civil, varia de 0 anos (estado civil não informado) a 16,12 anos (união estável e viúvos). O maior valor de desvio padrão encontrado foi para a categoria casados (9,436 anos).

A média de tempo de serviço, de acordo com o nível de formação, varia de 8,48 anos (médio/profissionalizante) a 16,58 anos (fundamental incompleto). Os grupos de níveis de formação não informados e com doutorado apresentam os maiores valores de desvio padrão (11,233 e 10,214 anos, respectivamente), indicando um grupo mais heterogêneo.

Considerando as Unidades Regionais, a maior média de tempo de serviço é a de Joaçaba (17,25 anos) e a menor é a de Joinville (7,31 anos), que também apresenta o menor valor de desvio padrão (7,862 anos). O maior valor de desvio padrão encontrado é o da unidade regional de Itajaí (11,013 anos), que possui maior variabilidade no tempo de serviço.

Quando a variável analisada foi o período de ocorrência, as médias de tempo de serviço dos acidentados encontram-se de 9,77 anos (vespertino) a 12,24 anos (noturno). Os valores de desvio padrão encontrados, em todas as categorias, ficam em torno de 9 anos.

Considerando o tipo de acidente, as médias de tempo de serviço encontradas variam de 10,39 anos (típico) a 14,79 anos (doença). O menor valor de desvio padrão encontrado é também o da doença (8,612 anos), enquanto o maior é o dos acidentes típicos (9,276 anos). O tempo de serviço mais recorrente nos casos de acidentes típicos e de trajeto foi de 0 anos, ou seja, antes de completar um ano de serviço; para os casos de doença, o tempo de serviço que mais se repetiu foi de 23 anos.

Quanto à avaliação inicial de gravidade, as médias de tempo de serviço variam de 0 anos, nos casos de óbito, a 19,32 anos, no caso de acidente grave. O maior valor de desvio padrão encontrado é o dos acidentes leves (9,459 anos).

Assim, foram estudados os acidentes em serviço da SES a partir da identificação do perfil dos acidentes ocorridos e das relações existentes

entre as variáveis envolvidas. Avaliando-se as contribuições deste trabalho sob a ótica da Engenharia de Produção, após alcançados os objetivos, tomou-se como base os princípios da eficácia e da eficiência.

De acordo com o princípio da eficácia, considerando que o mesmo significa fazer a coisa certa, pode-se dizer que houve a contribuição, pois identificado o perfil dos acidentes e mostradas as relações existentes entre as variáveis estudadas, existe a indicação de pontos que devem ser observados na atuação dos profissionais da SES, para que os acidentes sejam evitados.

Por outro lado, sob o princípio da eficiência, sendo ele relacionado a fazer certo as coisas, ao focar a análise de acidentes, se está preocupado em evidenciar possíveis problemas na execução das atividades laborais dos servidores, de modo que se procure utilizar da melhor forma os recursos disponíveis, em consonância com a saúde e a segurança dos envolvidos.

Dessa forma, poderão ser desenvolvidos outros trabalhos no sentido de serem evitados futuros danos à saúde e à integridade física dos servidores, por meio de medidas de prevenção e incentivo à qualidade de vida no trabalho.

5.2 RECOMENDAÇÕES PARA PESQUISAS FUTURAS

Ao explorar questões envolvidas com os processos de comunicação de acidentes de trabalho no contexto do funcionalismo público estadual catarinense, esta pesquisa trouxe a abertura para futuros estudos, entre os quais podem ser citados:

a) estudos que abordem os demais órgãos, além da SES, envolvendo outros contextos e riscos específicos;

b) estudos sobre fluxogramas de procedimentos internos dos órgãos, com o objetivo de verificar como e por quem são feitas as comunicações dos acidentes em serviço e as solicitações de pagamento ou ressarcimento de despesas nos setoriais de recursos humanos, identificando as demandas de padronização e capacitação;

c) estudos sobre os processos de solicitação de pagamento ou ressarcimento das despesas decorrentes de acidentes em serviço, visando identificar se os pagamentos e ressarcimentos autorizados pela GESAO são feitos em sua totalidade e mostrar os diferentes procedimentos adotados pelos órgãos;

d) estudos que identifiquem os tratamentos utilizados mais ocorridos e os respectivos valores despendidos e solicitados para pagamento ou ressarcimento de despesas decorrentes de acidentes em serviço;

e) estudos estatísticos sobre as variáveis presentes nas CEATs, com a utilização de amostragens aleatórias, a fim de verificar a possível aplicação dos resultados na população;

f) estudos que demonstrem quais os afastamentos decorrentes de acidentes em serviço são mais recorrentes e em quais órgãos ocorrem;

g) estudos que ampliem o sistema de codificação de acidentes em serviço utilizado pela SEA, de modo a incluir doenças profissionais e do trabalho, em especial as ligadas à transtornos mentais e comportamentais, hoje não contempladas;

h) estudos que proponham metodologias de análise e investigação de acidentes em serviço a serem aplicados na esfera estadual do funcionalismo público, para que sejam apuradas informações sobre suas causas; e,

i) estudos que proponham e validem um instrumento de comunicação, análise e investigação de acidentes em serviço sob a ótica sistêmica, considerando não apenas aspectos técnicos, operacionais e ambientais, mas também psicológicos e sociais.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, J. M. A. **Avaliação do sistema de gestão de riscos de acidentes com instrumentos perfurocortantes na atividade de limpeza de hospitais públicos através da análise ergonômica do trabalho.** 2004. 156p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

ARAÚJO, A. S. S.; CAMPELO, L. L.; ALVES, V. G. S. O comportamento dos profissionais de enfermagem em relação ao autocuidado. **Revista Interdisciplinar**, Teresina, v. 6, n 4, p. 1120-123, out/dez. 2013.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ERGONOMIA. **O que é ergonomia.** Disponível em: <http://www.abergo.org.br/internas.php?pg=o_que_e_ergonomia>. Acesso em: 15 jan 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14280:** cadastro de acidente do trabalho – procedimento e classificação. Rio de Janeiro, 2001.

BARBETTA, P. A. **Estatística aplicada às ciências sociais.** Florianópolis: Editora da UFSC, 2011.

BARTOLOMEU, T. A. **Modelo de investigação de acidentes do trabalho baseado na aplicação de tecnologias de extração de conhecimento.** 2002. 301p. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

BRASIL. Lei nº 6514, 22 de dezembro de 1977. Altera o Capítulo V do Título II da Consolidação das Leis do Trabalho, relativo a segurança e medicina do trabalho e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 dez 1977. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1977/6514.htm>>. Acesso em: 25 out 2013.

_____. Lei nº 8213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefício da Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 jul 1991. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18213cons.htm>. Acesso em: 25 out 2013.

_____. Lei nº 11430, de 26 de dezembro de 2006. Altera as Leis nºs 8213, de 24 de julho de 1991 e 9796, de 5 de maio de 1999, aumenta o valor dos benefícios da previdência social e revoga a Medida Provisória nº 316, de 11 de agosto de 2006, dispositivos das Leis nºs 8213, de 24 de julho de 1991, 8444, de 20 de julho de 1992, e da Medida Provisória nº 2187-13, de 24 de agosto de 2001, e a Lei nº 10699, de 9 de julho de 2003. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 dez 2006. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11430.htm>. Acesso em: 25 out 2013.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRUNI, A. L. **SPSS Guia prático para pesquisadores**. São Paulo: Atlas, 2012.

BUSSACOS, M. A. **Estatística aplicada à saúde ocupacional**. São Paulo: Ministério do Trabalho: FUNDACENTRO, 1997.

CARDOSO, S. M. O. et al. Acidentes perfurocortantes: prevalência e medidas profiláticas em alunos de odontologia. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 34, n 119, p. 06-14, jan/jun. 2009.

COELHO, R. C. **Ciência Política**. Brasília: CAPES: UAB, 2011.

COSTA, S. F. X. **Acidentes do Trabalho e sua Prevenção**. In: **Medicina Básica do Trabalho**. Curitiba: Gêneses, 1995.

COSTA, E. C. L.; SEPÚLVIDA, G. S. Equipamentos de proteção individual: percepção da equipe de enfermagem quanto ao uso. **Revista de Enfermagem da UFPI**, Teresina, v. 2, n 4, p. 72-77, out/dez. 2013.

DIEHL, A. A. **Pesquisa em ciências sociais aplicadas: métodos e técnicas**. São Paulo: Prentice Hall, 2004.

GOVERNO DO ESTADO DE SANTA CATARINA. Desenvolvido pelo Centro de Informática e Automação de Santa Catarina. Disponível em: <<http://www.sc.gov.br>>. Acesso em: 15 jan 2014.

GUÉRIN, F. et al. **Compreender o trabalho para transformá-lo**. São Paulo: Blucher, 2001.

IIDA, I. **Ergonomia Projeto e Produção**. São Paulo: Blucher, 2005.

LOBO et al. **Cartilha de procedimentos administrativos acidentes em serviço e pagamento ou ressarcimento de despesas**. Florianópolis: Diretoria de Imprensa Oficial e Editora de Santa Catarina, 2008.

MARTINS, S. P. **Direito do Trabalho**. São Paulo: Atlas, 2000.

MAXIMIANO, A. C. A. **Teoria Geral da Administração**. São Paulo: Atlas, 1997.

MIGUEL, P. A. C. (Org.). **Metodologia de pesquisa em engenharia de produção e gestão de operações**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. Desenvolvido pela DATAPREV Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social. Disponível em: < <http://www.mpas.gov.br>>. Acesso em: 15 jan 2014.

MIRANZI, S. S. C. Acidentes de trabalho entre os trabalhadores de uma universidade pública. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 33, n 118, p. 40-47, jul/dec. 2008.

MOREIRA, A. C. S. **Características da atuação profissional do engenheiro de segurança do trabalho: uma pesquisa quantitativa com os engenheiros catarinenses**. 2003. 182p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

NARDI, H. C. **Saúde, Trabalho e Discurso Médico: a Relação Médico-Paciente e o Conflito Capital-Trabalho**. São Leopoldo: UNISINOS, 1999.

NASCIMENTO, A. M. **Iniciação ao Direito do Trabalho**. São Paulo: LTR, 1998.

OLIVEIRA, J. R. A.; COSTA, T. F. M. **Instituições de direito público e privado**. Brasília: CAPES: UAB, 2010.

PACHECO JÚNIOR, W.; PEREIRA, V. L. D. V.; PEREIRA FILHO, H. V. **Pesquisa científica sem tropeços**. São Paulo: Atlas, 2007.

ROCHA, L. E. **Isto é trabalho de gente? Vida, Doenças e Trabalho no Brasil**. São Paulo: Vozes, 1994.

SANTA CATARINA. Lei nº 6.745, de 28 de dezembro de 1985. Dispõe sobre o Estatuto dos Funcionários Públicos Cíveis do Estado. **Diário Oficial do Estado de Santa Catarina**, Florianópolis, SC, 30 dez 1985. Disponível em:

<http://www.sea.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=30&Itemid=64&lang=>. Acesso em: 25 out 2013.

_____. Lei nº 81, de 10 de março de 1993. Estabelece diretrizes para a elaboração, implantação e administração do Plano de Cargos e Vencimentos do pessoal civil da Administração Direta, autarquias e fundações do Poder Executivo e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado de Santa Catarina**, Florianópolis, SC, 15 mar 1993. Disponível em: <<http://server03.pge.sc.gov.br/LegislacaoEstadual/1993/000081-010-0-1993-000.htm>>. Acesso em: 25 out 2013.

_____. Decreto nº 4307, de 28 de fevereiro de 1994. Dispõe sobre os critérios para a concessão da gratificação de penosidade, insalubridade e risco de vida. **Diário Oficial do Estado de Santa Catarina**, Florianópolis, SC, 02 mar 1994. Disponível em: <<http://server03.pge.sc.gov.br/LegislacaoEstadual/1994/004307-005-0-994-001.htm>>. Acesso em: 25 out 2013.

_____. Decreto nº 1456, de 23 de dezembro de 1996a. Dispõe sobre a assistência aos servidores públicos estaduais em decorrência de acidentes em serviço e doença profissional, nos órgãos da administração direta, autarquias e fundações do Poder Executivo. **Diário Oficial do Estado de Santa Catarina**, Florianópolis, SC, 23 dez 1996. Disponível em: <<http://server03.pge.sc.gov.br/LegislacaoEstadual/1996/001456-005-0-996-002.htm>>. Acesso em: 25 out 2013.

_____. Decreto nº 975, de 25 de junho de 1996b. Dispõe sobre critérios de concessão da Gratificação de Penosidade, Insalubridade e Risco de Vida. **Diário Oficial do Estado de Santa Catarina**, Florianópolis, SC, 25 junho 1996. Disponível em: <<http://server03.pge.sc.gov.br/LegislacaoEstadual/1996/000975-005-0-1996-002.htm>>. Acesso em: 25 out 2013.

_____. Portaria nº 2466, de 29 de junho de 1996c. Dispõe sobre a caracterização e classificação para as atividades insalubres e com risco de vida. **Diário Oficial do Estado de Santa Catarina**, Florianópolis, SC, 05 jul 1996. Disponível em: <<http://server03.pge.sc.gov.br/LegislacaoEstadual/1996/002466-014-0-1996-000.htm>>. Acesso em: 25 out 2013.

_____. Instrução Normativa nº 8, de 10 de maio de 2000. Dispõe sobre os procedimentos relativos ao pagamento e ressarcimento de despesas aos servidores públicos estaduais em decorrência de acidentes em serviço e doença profissional. **Diário Oficial do Estado de Santa Catarina**, Florianópolis, SC, 10 mai 2000. Disponível em: <<http://server03.pge.sc.gov.br/LegislacaoEstadual/2000/000008-009-0-2000-003.htm>>. Acesso em: 25 out 2013.

_____. Decreto nº 2375, de 12 de maio de 2009a. Altera o Decreto nº 1456, de 23 de dezembro de 1996, que dispõe sobre a assistência aos servidores públicos estaduais em decorrência de acidentes em serviço e doença profissional, nos órgãos da administração direta, autarquias e fundações do Poder Executivo. **Diário Oficial do Estado de Santa Catarina**, Florianópolis, SC, 12 mai 2009. Disponível em: <<http://server03.pge.sc.gov.br/LegislacaoEstadual/2009/002375-005-0-2009-004.htm>>. Acesso em: 25 out 2013.

_____. Lei nº 14609, de 07 de janeiro de 2009b. Institui o Programa Estadual de Saúde Ocupacional do Servidor Público e estabelece outras providências. **Diário Oficial do Estado de Santa Catarina**, Florianópolis, SC, 07 jan 2009. Disponível em: <<http://server03.pge.sc.gov.br/LegislacaoEstadual/2009/014609-011-0-2009-001.htm>>. Acesso em: 25 out 2013.

_____. Instrução Normativa nº 8, de 28 de junho de 2010 Dispõe sobre os procedimentos relativos ao pagamento e ressarcimento de despesas aos servidores públicos estaduais em decorrência de acidentes em serviço e doença profissional ou do trabalho. **Diário Oficial do Estado de Santa Catarina**, Florianópolis, SC, 30 jun 2010. Disponível em: <<http://server03.pge.sc.gov.br/LegislacaoEstadual/2010/000008-009-0-2010-014.htm>>. Acesso em: 25 out 2013.

_____. Lei nº 534, de 20 de abril de 2011. Altera dispositivos da Lei Complementar nº 381, de 2007, que dispõe sobre o modelo de gestão e a estrutura organizacional da Administração Pública estadual e estabelece outras providências. **Diário Oficial do Estado de Santa Catarina**, Florianópolis, SC, 20 abr 2011. Disponível em: <<http://server03.pge.sc.gov.br/LegislacaoEstadual/2011/000534-010-0-2011-001.htm>>. Acesso em: 24 nov 2013.

_____. Portaria nº 966, de 26 de novembro de 2013. Dispõe sobre a elaboração de laudos técnicos periciais de avaliação de insalubridade e/ou risco de vida, com a caracterização e avaliação dos riscos ambientais, bem como os enquadramentos legais dos graus de classificação de insalubridade e/ou risco de vida dos órgãos e entidades da Administração Direta, autárquica e fundacional do Estado de Santa Catarina. **Diário Oficial do Estado de Santa Catarina**, Florianópolis, SC, 05 dez 2013. Disponível em: <<http://server03.pge.sc.gov.br/LegislacaoEstadual/2013/000966-014-0-2013-001.htm>>. Acesso em: 25 out 2013.

SECRETARIA DE ESTADO DA ADMINISTRAÇÃO. Desenvolvido pelo Centro de Informática e Automação de Santa Catarina. Disponível em: <<http://www.sea.sc.gov.br>>. Acesso em: 15 jan 2014.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE SANTA CATARINA. Desenvolvido pelo Centro de Informática e Automação de Santa Catarina. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br>>. Acesso em: 15 jan 2014.

SERAFIM et al. **Manual de saúde ocupacional**. Florianópolis: Diretoria de Imprensa Oficial e Editora de Santa Catarina, 2009.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. **Metodologia de pesquisa e elaboração de dissertação**. Florianópolis: UFSC, 2005.

SILVA, F. C. **Análise da sub-notificação de acidentes de trabalho no Brasil através de dados reais no município de São Bento do Sul.** 2004. 119p. Monografia de Conclusão de Curso (Graduação em Economia) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

SILVA, S. **Perfil dos acidentes em serviço sofridos pelos servidores públicos estaduais de Santa Catarina que geram processos de solicitação de pagamento ou ressarcimento de despesas.** 2009. 153p. Monografia de Conclusão de Curso (Especialização em Engenharia de Segurança do Trabalho) – Universidade do Sul de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

SOARES, L. M. M. S. et al. Percepção do risco biológico em trabalhadores de enfermagem. **Revista Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 18, n 1, p. 36-42, jan/mar, 2013.

TENÓRIO, F. G. **Gestão de ONG's - principais funções gerenciais.** Rio de Janeiro: FGV, 2003.

VELASCO, A. R. et al. Ocorrência de acidentes de trabalho com exposição a material biológico. **Revista Enfermagem Profissional.** Rio de Janeiro, v. 1, n 1, p. 37-49, jan/abr. 2014.

WISNER, A. **Por dentro do trabalho – ergonomia: método & técnica.** São Paulo: Editora FTD, 1987.

ANEXO A – CAT: Formulário para Preenchimento Manual



PREVIDÊNCIA SOCIAL

Comunicação de acidente de trabalho - CAT

1- Emitente <input type="radio"/> Empregador <input type="radio"/> Sindicato <input type="radio"/> Médico <input type="radio"/> Segurado ou dependente <input type="radio"/> Autoridade pública					
2- Tipo de CAT <input type="radio"/> Inicial <input type="radio"/> Reabertura <input type="radio"/> Comunicação de óbito					
I - EMITENTE					
Empregador					
3 - Razão Social / Nome <input type="text"/>					
4- Tipo <input type="radio"/> CGC/CNPJ <input type="radio"/> CEI <input type="radio"/> CPF <input type="radio"/> NIT <input type="text"/>		5- CNAE <input type="text"/>		6 - Endereço - Rua/Av. <input type="text"/>	
Complemento <input type="text"/>	Bairro <input type="text"/>	CEP <input type="text"/>	7 - Município <input type="text"/>	8 - UF <input type="text" value="Selecione"/>	9 - Telefone <input type="text"/>
Acidentado					
10 - Nome <input type="text"/>					
11 - Nome da mãe <input type="text"/>					
12 - Data de Nascimento <input type="text"/>		13 - Sexo <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Feminino		14 - Estado Civil <input type="radio"/> Solteiro <input type="radio"/> Casado <input type="radio"/> Viúvo <input type="radio"/> Divorciado <input type="radio"/> Outro <input type="radio"/> Ignorado	
15 - CTPS - Nº / Série / Data de Emissão <input type="text"/>		16 - UF <input type="text" value="Selecione"/>		17 - Remuneração Mensal R\$ <input type="text"/>	
18 - Carteira de Identidade (RG) <input type="text"/>		Data de Emissão <input type="text"/>		Órgão Expedidor <input type="text"/>	19 - UF <input type="text" value="Selecione"/>
20 - PIS / PASEP / NIT <input type="text"/>		21 - Endereço - Rua / AV <input type="text"/>			
Bairro <input type="text"/>		CEP <input type="text"/>		22 - Município <input type="text"/>	23 - UF <input type="text" value="Selecione"/>
24 - Telefone <input type="text"/>		25 - Nome da Ocupação <input type="text"/>			
26 - CBO (consulte CBO) <input type="text"/>				27 - Filiação à Previdência Social <input type="radio"/> Empregado <input type="radio"/> Tra.Avulso <input type="radio"/> Seg. especial <input type="radio"/> Médico Residente	
28 - Aposentado <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não				29 - Áreas <input type="radio"/> Urbana <input type="radio"/> Rural	

Acidente ou Doença				
30 - Data de Acidente <input type="text"/>	31 - Hora do Acidente <input type="text"/>	32 - Após quantas horas de trabalho? <input type="text"/>	33 - Tipo <input type="radio"/> Típico <input type="radio"/> Doença <input type="radio"/> Trajeto	34 - Houve afastamento? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
35 - Último dia trabalhado <input type="text"/>	36 - Local do acidente <input type="text"/>	37 - Especificação do local do acidente <input type="text"/>	38 - CGC / CNPJ <input type="text"/>	39 - UF Selecione ▼
40 - Município do local do acidente <input type="text"/>		41 - Parte do corpo <input type="text"/>	42 - Agente causador <input type="text"/>	
43 - Descrição da situação geradora do acidente ou doença <div><input type="text"/></div>		44 - Houve registro policial? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
		45 - Houve morte? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não		
Testemunhas				
46 - Nome <input type="text"/>				
47 - Endereço - Rua / Av / nº / comp. <input type="text"/>				
Bairro <input type="text"/>	CEP <input type="text"/>	48 - Município <input type="text"/>	49 - UF Selecione ▼	Telefone <input type="text"/>
50 - Nome <input type="text"/>				
51 - Endereço - Rua / Av / nº / comp. <input type="text"/>				
Bairro <input type="text"/>	CEP <input type="text"/>	52 - Município <input type="text"/>	53 - UF Selecione ▼	Telefone <input type="text"/>
Local e Data <input type="text"/>		Assinatura e carimbo <input type="text"/>		

II - ATESTADO MÉDICO deve ser preenchido por profissional médico			
Atendimento			
54 - Unidade de Atendimento médico <input style="width: 90%;" type="text"/>	55 - Data <input style="width: 90%;" type="text"/>	56 - Hora <input style="width: 90%;" type="text"/>	
57 - Houve internação <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	58 - Provável Duração do tratamento (dias) <input style="width: 90%;" type="text"/>	59 - Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	
Lesão			
60 - Descrição e natureza da lesão <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>			
Diagnóstico			
61 - Diagnóstico provável <input style="width: 95%;" type="text"/>		62 - CID-10 <input style="width: 95%;" type="text"/>	
63 - Observações <div style="border: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>			
Local e Data <input style="width: 95%;" type="text"/>		Assinatura e carimbo do médico com CRM <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>	
III - INSS			
64 - Recebida em <input style="width: 90%;" type="text"/>	65 - Código da unidade <input style="width: 90%;" type="text"/>	66 - Número do CAT <input style="width: 90%;" type="text"/>	Notas: 1 - A inexistência das declarações desta comunicação implicará nas sanções previstas nos artigos. 171 e 299 do Código Penal. 2 - A comunicação de acidente do trabalho deverá ser feita até o 1º dia útil após o acidente, sob pena de multa, na forma prevista no art. 22 da Lei nº 8.213/91.
67 - Matrícula do Servidor <input style="width: 90%;" type="text"/>	Assinatura do servidor <div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>		
A COMUNICAÇÃO DO ACIDENTE É OBRIGATÓRIA, MESMO NO CASO EM QUE NÃO HAJA AFASTAMENTO DO TRABALHO			

ANEXO B – CAT: Formulário para Preenchimento Eletrônico

CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho

Arquivo Cadastamento Impressão 2

CAT

Comunicação de Acidente de Trabalho



MPAS

PREVIDÊNCIA SOCIAL

Acessos desde 24/01/2000

000.624.907



CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho

?

Tipo de CAT

☒ Inicial

☐ Reabertura

☐ Comunicação de óbito em:

Número da CAT 0

Emitente 1 ... Empregador

Filiação do Acidentado 2 ... Trabalhador Avulso

Tipo Empregador 1 ... CGC

Número do CGC 479657020001 73 CNAE 51365

PIS/PASEP/NIT 23853 0

Data do Acidente 20/11/2001

Último dia Trabalhado 20/11/2001

OK Cancelar

CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho

Arquivo Cadastramento ?

Dados do Empregador ?

☒ Empregador ☐ Segurado ou Dependente
☐ Sindicato ☐ Autoridade Pública
☐ Médico

☒ Inicial ☐ Fleabertura
☐ Comunicação de óbito em: _____

Filiação do Acidentado ☐ Empregado E-mail Emitente: _____

Razão Social: FRANCHINI COMERCIAL LTDA

Tipo Empregador: ☐ CGC Número: 47965710000173 CNAB: 9224R

CEP: 14.400-500 Endereço: RUA GENERAL CARNEIRO 1966

Bairro: CENTRO UF: SP Município: FRANCA

Telefone: 0016 07272222 Data de Preenchimento da CAT: _____

CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho

Dados do Acidentado ?

Nome: ROMEU FOMEL
 Mãe: MARGARIDA SOLFA
 Sexo: ☒ Masculino ☐ Feminino Data Nascimento: 29/03/1949 Estado Civil: _____

CTPS: _____ Série: _____ Data da Emissão: _____ UF: _____
 Identidade: _____ Data da Emissão: _____ Órgão Exped.: _____ UF: _____
 PIS/PASEP/NIT: 10434656957 Remuneração Mensal: _____

CEP: _____ Endereço: _____
 Bairro: _____
 UF: _____ Município: _____
 Telefone: _____
 CBO: _____

Aposentado: ☒ Não ☐ Sim Área: ☐ Urbana ☐ Rural

CAT - Comunicação de Acidente do Trabalho

Dados do Acidente ou Doença

Data do acidente: 11/11/1891 Hora do Acidente: 00:00 Horas trabalhadas: 00:00

Tipo Acidente: Afastamento: ☐ Não ☐ Sim

Último dia Trabalhado/Data do Óbito: 11/11/2001

Local do Acidente: Especificação do local:

CGC/CNPJ: 00

UF: Município:

Parte do corpo atingida:

Agente causador:

Sit. geradora do acidente:

Registro Policial: ☒ Não ☐ Sim Morte: ☒ Não ☐ Sim Data Óbito:

CAT - Comunicação de Acidente do Trabalho

Dados do Acidente ou Doença

Data do acidente: 11/11/1891 Hora do Acidente: 00:00 Horas trabalhadas: 00:00

Tipo Acidente: 2 Doença Afastamento: ☐ Não ☐ Sim

Último dia Trabalhado/Data do Óbito: 11/11/2001

Local do Acidente:

CGC/CNPJ:

UF:

Parte do corpo atingida:

Agente causador:

Sit. geradora do acidente:

Registro Policial: ☐ Não ☐ Sim Morte: ☐ Não ☐ Sim Data Óbito:

Select:

- 1 Estabelecimento da Empregadora
- 2 Empresa onde Empregadora presta serviço
- 3 Área Pública
- 4 Área Rural
- 5 Outros

Ok Cancel

CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho

Parte do Corpo Atingida ?

Para localizar uma determinada descrição, digite no mínimo uma letra inicial no campo abaixo e pressione o botão "Pesquisa":

Código	Descrição
75.30.30.000	CABEÇA, NIC
75.30.60.000	CABEÇA, PARTES MULTIPLAS (QUALQUER COMBINACAO DAS PARTES ACIMA)
75.50.10.400	COTOVELO
75.70.10.200	COXA
75.30.30.000	CRANIO (INCLUSIVE ENCEFALO)
75.50.70.000	DEDO

CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho

Agente Causador ?

Para localizar uma determinada descrição, digite no mínimo uma letra inicial no campo abaixo e pressione o botão "Pesquisa":

Código	Descrição
20.00.48.600	ABSORCAO(POR CONTATO) DE SUBSTANCIA CAUSTICA, TOXICA OU NOCIVA - (APLICA-SE SOMENTE A CASOS, SEM IMPACTO, EM QUE A
20.00.20.700	APRISIONAMENTO EM, SOB OU ENTRE DESABAMENTO OU DESMORONAMENTO DE EDIFICACAO, BARREIRA, ETC. APLICA-SE A
20.00.20.500	APRISIONAMENTO EM, SOB OU ENTRE DOIS OU MAIS OBJETOS EM MOVIMENTO (SEM ENCAIXE). APLICA-SE A CASOS, SEM IMPACTO, EM
20.00.20.100	APRISIONAMENTO EM, SOB OU ENTRE OBJETOS EM MOVIMENTO CONVERGENTE (CALANDRA) OU DE ENCAIXE. APLICA-SE A CASOS,
20.00.20.300	APRISIONAMENTO EM, SOB OU ENTRE UM OBJETO PARADO E OUTRO EM MOVIMENTO. APLICA-SE A CASOS, SEM IMPACTO, EM QUE
20.00.20.900	APRISIONAMENTO EM, SOB OU ENTRE, NIC. APLICA-SE A CASOS, SEM IMPACTO, EM QUE A LESAO FOI PRODUZIDA POR COMPRESSAO,

CAT - Comunicação de Acidente de Trabalho

Atestado Médico

Unidade de Atendimento Médico Data Hora

Houve internação? ☒ Não ☐ Sim

Duração provável do tratamento dias

Deve se afastar? ☒ Não ☐ Sim

Natureza da Lesão ...

CID ...

Observações

CRM

ANEXO C – Manual de Preenchimento da CAT

Instruções para preenchimento do formulário da Comunicação de Acidentes de Trabalho - CAT

Quadro I - Informações relativas ao EMITENTE

Campo 1. Emitente - informar no campo demarcado o dígito que especifica o responsável pela emissão da CAT, sendo:

1. empregador;
2. sindicato;
3. médico;
4. segurado ou seus dependentes;
5. autoridade pública.

Campo 2. Tipo de CAT - informar no campo demarcado o dígito que especifica o tipo de CAT, sendo:

1. inicial: refere-se à primeira comunicação do acidente ou doença do trabalho;
2. reabertura: quando houver reinício de tratamento ou afastamento por agravamento da lesão (acidente ou doença comunicado anteriormente ao INSS);
3. comunicação de óbito: refere-se à comunicação do óbito, em decorrência de acidente do trabalho, ocorrido após a emissão da CAT inicial. Deverá ser anexada a cópia da Certidão de Óbito e, quando houver, do laudo de necropsia.

Observação: Os acidentes com morte imediata deverão ser comunicados por CAT inicial.

Campo 3. Razão Social/Nome- informar a denominação da empresa empregadora.

Observação: Informar o nome do acidentado, quando este for segurado especial.

Campo 4. Tipo e número do documento - informar o código que especifica o tipo de documento, sendo:

1. CGC/CNPJ - informar o número ou matrícula no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica - CNPJ da empresa empregadora;
2. CEI - informar o número de inscrição no Cadastro Específico do INSS - CEI, quando o empregador for pessoa jurídica desobrigada de inscrição no CGC/CNPJ;
3. CPF - informar o número de inscrição no Cadastro de Pessoa Física - CPF, quando o empregador for pessoa física;
4. NIT - informar o Número de Identificação do Trabalhador no INSS - NIT, quando for segurado especial.

Campo 5. CNAE - informar o código relativo à atividade principal do estabelecimento, em conformidade com aquela que determina o Grau de Risco para fins de contribuição para os benefícios concedidos em razão do grau de incidência da incapacidade laborativa decorrente dos riscos ambientais do trabalho. O código CNAE (Classificação Nacional de Atividade Econômica) encontra-se no documento/cartão do CNPJ da empresa

Observação: No caso de segurado especial, o campo poderá ficar em branco.

Campo 6. Endereço - informar o endereço completo da empresa empregadora. Informar o endereço do acidentado, quando tratar-se de segurado especial. O número do telefone, quando houver, deverá ser precedido de código de área e do DDD do município.

Campo 7. Município - informar o município de localização da empresa empregadora. Informar o município de residência do acidentado, quando segurado especial.

Campo 8. UF - informar a Unidade da Federação de localização da empresa empregadora. Informar a Unidade da Federação de residência do acidentado, quando este for segurado especial.

Campo 9. Telefone - informar o telefone da empresa empregadora. Informar o telefone do acidentado, quando segurado especial. O número do telefone, quando houver, deverá ser precedido de código da área e do DDD do município.

Quadro I.2 - Informações relativas ao ACIDENTADO

Campo 10. Nome - informar o nome completo do acidentado, sem abreviaturas.

Campo 11. Nome da mãe - informar o nome completo da mãe do acidentado, sem abreviaturas.

Campo 12. Data de nascimento - informar a data completa de nascimento do acidentado, utilizando a forma (DD/MM/AAAA).

Campo 13. Sexo - informar o sexo do acidentado usando 1 para sexo masculino e 3 para o sexo feminino.

Campo 14. Estado civil - Informar o código que especifica o estado civil do acidentado, sendo:

1. Solteiro;
2. Casado;
3. Viúvo;
4. Separado judicialmente;
5. Outros;
6. Ignorado (quando o estado civil for desconhecido).

Campo 15. CTPS - informar o número, a série e a data de emissão da Carteira Profissional - CP ou da Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS.

Observação: No caso de segurado empregado, é obrigatória a especificação do número da CP ou da CTPS.

Campo 16. UF - informar a Unidade da Federação de emissão da CP ou da CTPS.

Campo 17. Remuneração mensal - informar a remuneração mensal do acidentado em moeda corrente na data do acidente.

Campo 18. Carteira de identidade - informar o número do documento, a data de emissão e o órgão expedidor.

Campo 19. UF - informar a Unidade da Federação de emissão da Carteira de Identidade.

Campo 20. PIS/PASEP - informar o número de inscrição no Programa de Integração Social - PIS ou no Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público - PASEP, conforme o caso.

Observação: No caso de segurado especial e de médico residente, o campo poderá ficar em branco

Campo 21. Endereço do acidentado - informar o endereço completo do acidentado.

Campo 22. Município - informar o município de residência do acidentado.

Campo 23. UF - informar a Unidade da Federação de residência do acidentado.

Campo 24. Telefone - informar o telefone do acidentado. O número do telefone, quando houver, deverá ser precedido de código de área e do DDD do município.

Campo 25. Nome da ocupação - informar o nome da ocupação exercida pelo acidentado à época do acidente ou da doença.

Campo 26. CBO - informar o código da ocupação do Campo 25 do Código Brasileiro de Ocupação - CBO.

Campo 27. Filiação à Previdência Social - informar o tipo de filiação do segurado, sendo:

1. Empregado;
2. Trabalhador Avulso;
7. Segurado Especial;
8. médico residente (conforme a Lei nº 8.138/90).

Campo 28. Aposentado? - informar "sim" exclusivamente quando tratar-se de aposentado pelo Regime Geral de Previdência Social - RGPS.

Campo 29. Área - informar a natureza da prestação de serviço, se urbana ou rural.

Quadro I.3 - Informações relativas ao ACIDENTE OU DOENÇA

Campo 30. Data do acidente - informar a data em que o acidente ocorreu. No caso de doença, informar como data do acidente a da conclusão do diagnóstico ou a do início da incapacidade laborativa, devendo ser consignada aquela que ocorrer primeiro. A data deverá ser completa, utilizando quatro dígitos para o ano. Exemplo: 23/11/1998.

Campo 31. Hora do acidente - informar a hora da ocorrência do acidente, utilizando quatro dígitos (Exemplo: 10:45). No caso de doença, o campo deverá ficar em branco.

Campo 32. Após quantas horas de trabalho? - informar o número de horas decorridas desde o início da jornada de trabalho até o momento do acidente. No caso de doença, o campo deverá ficar em branco.

Campo 33. Tipo – informar tipo de acidente- 1 para típico, 2 para doença e 3 para trajeto.

Campo 34. Houve afastamento? - informar se houve ou não afastamento do trabalho.

Observação: É importante ressaltar que a CAT deverá ser emitida para todo acidente ou doença relacionados ao trabalho, ainda que não haja afastamento ou incapacidade.

Campo 35. Último dia trabalhado - informar a data do último dia em que efetivamente houve trabalho do acidentado, ainda que a jornada não tenha sido completa. Exemplo: 23/11/1998.

Observação: Só preencher no caso de constar 1 (sim) no Campo 33.

Campo 36. Local do acidente - informar o local onde ocorreu o acidente, sendo:

1. em estabelecimento da empregadora;
2. em empresa onde a empregadora presta serviço;
3. em via pública;
4. em área rural;
5. outros.

Observação: No caso 2, informar o nome e o CGC ou CNPJ da empresa onde ocorreu o acidente ou doença.

Campo 37. Especificação do local do acidente - informar de maneira clara e precisa o local onde ocorreu o acidente (Exemplo: pátio, rampa de acesso, posto de trabalho, nome da rua, etc.).

Campo 38. CGC - este campo deverá ser preenchido quando o acidente, ou doença ocupacional, ocorrer em empresa onde a empregadora presta serviço, devendo ser informado o CGC ou CNPJ da empresa onde ocorreu o acidente ou doença (no caso de constar no Campo 35 a opção 2.

Campo 39. UF - informar a Unidade da Federação onde ocorreu o acidente ou a doença ocupacional.

Campo 40. Município do local do acidente - informar o nome do município onde ocorreu o acidente ou a doença ocupacional.

Campo 41. Parte(s) do corpo atingida(s)

- para acidente do trabalho: deverá ser informada a parte do corpo diretamente atingida pelo agente causador, seja externa ou internamente;
- para doenças profissionais, do trabalho, ou equiparadas informar o órgão ou sistema lesionado.

Observação: Deverá ser especificado o lado atingido (direito ou esquerdo), quando se tratar de parte do corpo que seja bilateral.

Campo 42. Agente causador - informar o agente diretamente relacionado ao acidente, podendo ser máquina, equipamento ou ferramenta, como uma prensa ou uma injetora de plásticos; ou produtos químicos, agentes físicos ou biológicos como benzeno, sílica, ruído ou salmonela. Pode ainda ser consignada uma situação específica como queda, choque elétrico, atropelamento (Tratando-se de acidente do trabalho, de doenças profissionais ou do trabalho .

Campo 43. Descrição da situação geradora do acidente ou doença - descrever a situação ou a atividade de trabalho desenvolvida pelo acidentado e por outros diretamente relacionados ao acidente. Tratando-se de acidente de trajeto, especificar o deslocamento e informar se o percurso foi ou não alterado ou interrompido por motivos alheios ao trabalho. No

caso de doença, descrever a atividade de trabalho, o ambiente ou as condições em que o trabalho era realizado.

Observação: Evitar consignar neste campo o diagnóstico da doença ou lesão (Exemplo: indicar a exposição continuada a níveis acentuados de benzeno em função da atividade de pintar motores com tintas contendo solventes orgânicos, e não benzenismo).

Campo 44. Houve registro policial? - informar se houve ou não registro policial. No caso de constar **1 (SIM)**, deverá ser encaminhada cópia do documento ao INSS, oportunamente.

Campo 45. Houve morte? - o campo deverá constar **SIM** sempre que tenha havido morte em tempo anterior ao do preenchimento da CAT, independentemente de ter ocorrido na hora ou após o acidente.

Observação: Quando houver morte decorrente do acidente ou doença, após a emissão da CAT inicial, a empresa deverá emitir CAT para a comunicação de óbito. Neste caso, deverá ser anexada cópia da certidão de óbito.

Quadro I.4 - Informações relativas às TESTEMUNHAS

Campo 46. Nome - informar o nome completo da testemunha que tenha presenciado o acidente ou daquela que primeiro tenha tomado ciência do fato, sem abreviaturas.

Campo 47. Endereço - informar o endereço completo da testemunha que tenha presenciado o acidente ou daquela que primeiro tenha tomado ciência do fato.

Campo 48. Município - informar o município de residência da testemunha que tenha presenciado o acidente ou daquela que primeiro tenha tomado ciência do fato.

Campo 49. UF - informar a Unidade da Federação de residência da testemunha que tenha presenciado o acidente ou daquela que primeiro tenha tomado ciência do fato.

Observação: Telefone - informar o telefone da testemunha que tenha presenciado o acidente ou daquela que primeiro tenha tomado ciência do fato. O número do telefone, quando houver, deverá ser precedido do código DDD do município.

Campo 50. Nome - informar o nome completo da testemunha que tenha presenciado o acidente ou daquela que primeiro tenha tomado ciência do fato, sem abreviaturas.

Campo 51. Endereço - informar o endereço completo da testemunha que tenha presenciado o acidente ou daquela que primeiro tenha tomado ciência do fato.

Campo 52. Município - informar o município de residência da testemunha que tenha presenciado o acidente ou daquela que primeiro tenha tomado ciência do fato.

Campo 53. UF - informar a Unidade da Federação de residência da testemunha que tenha presenciado o acidente ou daquela que primeiro tenha tomado ciência do fato. Obs.: Telefone - informar o telefone da testemunha que tenha presenciado o acidente ou daquela que primeiro tenha tomado ciência do fato. O número do telefone, quando houver, deverá ser precedido do código DDD do município.

Fechamento do Quadro I: Local e data - informar o local e a data da emissão da CAT. Assinatura e carimbo do emitente - no caso da emissão pelo próprio segurado ou por seus dependentes, fica dispensado o carimbo, devendo ser consignado o nome legível do emitente ao lado ou abaixo de sua assinatura.

Quadro II - ATESTADO MÉDICO Deverá ser preenchido por profissional médico. No caso de acidente com morte, o preenchimento é dispensável, devendo ser apresentada a certidão de óbito e, quando houver, o laudo de necropsia.

Campo 54. Unidade de atendimento médico - informar o nome do local onde foi prestado o atendimento médico.

Campo 55. Data - informar a data do atendimento. A data deverá ser completa, utilizando-se quatro dígitos para o ano. Exemplo: 23/11/1998.

Campo 56. Hora - Informar a hora do atendimento utilizando quatro dígitos. Exemplo: 15:10.

Campo 57. Houve internação? - informar se ocorreu internação do acidentado, devendo preencher a quadrícula no campo com dígito 1 para "sim" ou dígito 2 para "não".

Campo 58. Duração provável do tratamento - informar o período provável do tratamento, mesmo que superior a quinze dias.

Campo 59. Deverá o acidentado afastar-se do trabalho durante o tratamento? - informar a necessidade do afastamento do acidentado de suas atividades laborais, durante o tratamento, devendo preencher a quadrícula no campo com dígito 1 para "sim" ou dígito 2 para "não".

Campo 60. Descrição e natureza da lesão - fazer relato claro e sucinto, informando a natureza, tipo da lesão e/ou quadro clínico da doença, citando a parte do corpo atingida, sistemas ou aparelhos. Exemplos: a) edema, equimose e limitação dos movimentos na articulação tíbio társica direita; b) sinais flogísticos, edema no antebraço esquerdo e dor à movimentação da flexão do punho esquerdo.

Campo 61. Diagnóstico provável - informar, objetivamente, o diagnóstico. Exemplos: a) entorse tornozelo direito; b) tendinite dos flexores do carpo.

Campo 62. Classificar conforme a Classificação Internacional de Doenças - CID – 10. Exemplos: a) S93.4 - entorse e distensão do tornozelo; b) M65.9 - sinovite ou tendinite não especificada.

Campo 63. Observações - citar qualquer tipo de informação médica adicional, como condições patológicas preexistentes, concausas, se há compatibilidade entre o estágio evolutivo das lesões e a data do acidente declarada, se há recomendação especial para permanência no trabalho, etc.

Observação: Havendo recomendação especial para a permanência no trabalho, justificar.

Fechamento do Quadro II Local e data - informar o local e a data do atendimento médico. Assinatura e carimbo do médico com CRM - deverá ser consignada a assinatura do médico atendente e aposto o seu carimbo com o número de registro junto ao Conselho Regional de Medicina - CRM.

Quadro III - INSS - Campos de uso exclusivo do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS.

ANEXO D – MCP 037 Comunicação Estadual de Acidente em Serviço



ESTADO DE SANTA CATARINA

COMUNICAÇÃO ESTADUAL DE ACIDENTE DE TRABALHO

CODIGO:	ORGAO:	MUNICIPIO:	LOTAÇÃO (SIGLA):
SERVIDOR			
MATRICULA:	VINCULO:	NOME:	
ENDEREÇO (RUA E NUMERO):			TELEFONE: ()
CARGO:		LOTAÇÃO:	
DATA DE NASCIMENTO: / /	ESTADO CIVIL:	SEXO:	DEPENDENTES
GRAU DE INSTRUÇÃO:			
DATA DE ADMISSÃO: / /	HORARIO DE TRABALHO:		HORAS DE TRABALHO SEMANAL:
MATUTINO:		VESPERTINO:	
ATIVIDADE QUE EXECUTA:			SETOR:
DATA: / /	ASSINATURA DO SERVIDOR OU RESPONSÁVEL:		

ACIDENTE

DESCRIÇÃO:			
ENDEREÇO (RUA E NUMERO):			CEP:
RRO:	MUNICIPIO:	UF:	
FOUVE REGISTRO POLICIAL: [] S - SIM OU N - NÃO		TIPO: [] 1 - FIM DO [] 2 - INALETO [] 3 - DUBIQA	
DATA: / /	HORA:	OCORREU APÓS QUANTAS HORAS DE TRABALHO:	
TAREFA QUE ESTAVA EXECUTANDO:			CODIGO:
AGENTE CAUSADOR DO AT:			CODIGO:
TIPO E FORMA DE CONTATO:			CODIGO:
PARTE DO CORPO ATINGIDA:	CODIGO:	CODIGO:	CODIGO:
OBJETO OU FONTE CAUSADORA DAS LESOES:			CODIGO:
NATUREZA DAS LESOES:			CODIGO:

SETORIAL DE RECURSOS HUMANOS

DATA: / /	CARIMBO E ASSINATURA:
--------------	-----------------------

LAUDO MÉDICO

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:

DESCRIÇÃO DAS LESÕES:

CONDIÇÕES PATOLÓGICAS PREEXISTENTES:

DURAÇÃO PROVÁVEL DO TRATAMENTO:

DIAS

DURAÇÃO PROVÁVEL DO AFASTAMENTO:

DIAS

CID:

AVALIAÇÃO INICIAL DA GRAVIDADE DO ACIDENTE

1 – ACIDENTE LEVE: COM LESÃO SEM PERDA FUNCIONAL DA PARTE DO CORPO ATINGIDA.

2 – ACIDENTE MODERADO: COM LESÃO ONDE HÁ PERDA FUNCIONAL DA PARTE DO CORPO ATINGIDA DE FORMA TEMPORÁRIA.

3 – ACIDENTE GRAVE: COM LESÃO ONDE HÁ PERDA FUNCIONAL DA PARTE DO CORPO ATINGIDA, PODERÁ PASSAR DE TEMPORÁRIO PARA PERMANENTE.

4 – ÓBITO.

[]

DATA

/ /

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE

GERÊNCIA DE SAÚDE OCUPACIONAL DSAS/SEA

PARECER:

CARACTERIZADO COMO
AT:

DATA:

/ /

CARIMBO E ASSINATURA DO PERITO:

ANEXO E – MCP 041 Declaração de Ocorrência de Acidente em Serviço



ESTADO DE SANTA CATARINA

DECLARAÇÃO DE OCORRENCIA DE ACIDENTE DE TRABALHO

Declaramos, para os devidos fins, que presenciámos o acidente de trabalho ocorrido na presente data, com o(a) servidor(a):

lotado (Órgão):

LOCAL E DATA:

/ /

TESTEMUNHAS

NOME:

ENDEREÇO (RUA E NÚMERO):

BAIRRO:

MUNICÍPIO:

TELEFONE:

ASSINATURA:

NOME:

ENDEREÇO (RUA E NÚMERO):

BAIRRO:

MUNICÍPIO:

TELEFONE:

ASSINATURA:

NOME:

ENDEREÇO (RUA E NÚMERO):

BAIRRO:

MUNICÍPIO:

TELEFONE:

ASSINATURA:

ANEXO F – MCP 096 Solicitação Pagamento e/ou Ressarcimento de Despesas



ESTADO DE SANTA CATARINA

SOLICITAÇÃO DE RESSARCIMENTO E/OU PAGAMENTO DE DESPESAS

CÓDIGO:	ÓRGÃO:	MUNICÍPIO:	LOTAÇÃO (SIGLA):
---------	--------	------------	------------------

SERVIDOR

MATRÍCULA:	VÍNCULO:	NOME:
------------	----------	-------

ACIDENTE

DATA DE OCORRÊNCIA DO ACIDENTE:	NÚMERO DO PROCESSO DE CARACTERIZAÇÃO DO ACIDENTE:
/ /	

RESSARCIMENTO E/OU PAGAMENTO

ASSINALE O TIPO DE PAGAMENTO E/OU RESSARCIMENTO QUE FOR UTILIZADO:

☐ RECURSOS PRÓPRIOS ☐ PLAM/PESCU/INIMED ☐ AUTORIZAÇÃO PRÉVIA ☐ OUTROS
DESPESA

ITEM	DATA OCORRÊNCIA	DESCRIÇÃO DA DESPESA	N.º DA FOLHA DO PROCESSO	VALOR	AUTORIZAÇÃO (1)
	/ /				
	/ /				
	/ /				
	/ /				
	/ /				
	/ /				
TOTAL					

SETORIAL/SECCIONAL DE RECURSOS HUMANOS

DATA:	CARIMBO E ASSINATURA:
/ /	

GERÊNCIA DE SAÚDE OCUPACIONAL/DSA/SEA**PARECER:**

(1) ESTÃO AUTORIZADAS AS DESPESAS RECONHECIDAS COM "SIM", DESDE QUE ATENDIDAS AS EXIGÊNCIAS DA INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 008/00/SEA/DIRH.

DATA:	CARIMBO E ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO INFORMANTE:
DATA:	CARIMBO E ASSINATURA DO GERENTE:

OBSERVAÇÕES:

ANEXAR RELATÓRIO MÉDICO, NOTA FISCAL, CONTA HOSPITALAR E DEMAIS DOCUMENTOS QUE ATSTEM OS PROCEDIMENTOS EXECUTADOS
DETALHAR NO CAMPO DESCRIÇÃO DA DESPESA TODOS OS ITENS A SEREM RESSARCIDOS.
COMPETE A GESAS/DIRH/SEA ESTABELECEER O NEXO TÉCNICO ENTRE OS PROCEDIMENTOS E O ACIDENTE

ANEXO G – Quadros de Codificação das CEATs

1 TAREFA EXECUTADA

110	Trabalhar no escritório
111	Trabalhar fora do órgão
112	Limpar escritório/banheiros
113	Transitar dentro do órgão
114	Transitar de casa para o trabalho
115	Transitar do trabalho para casa
116	Executar atividade inerente ao cargo
117	Executar atividade diversa do cargo
118	Levantar peso manualmente
119	Transportar peso manualmente
120	Conduzir veículo
121	Executar serviço de manutenção predial
125	Transitar fora do órgão no horário de trabalho

199 - Outras tarefas não especificados

100 - Campo ilegível ou em branco

2 AGENTE CAUSADOR DO ACIDENTE

210	Máquina, equipamento
211	Ferramenta manual
212	Corredor
213	Escada / degrau
214	Pátio
215	Banheiro
216	Rua
217	Ônibus
218	Caminhão
219	Automóvel/veículo
220	Pessoa
221	Instrumento médico hospitalar, outro
222	Instrumento médico hospitalar, seringa/agulha
223	Instrumento médico hospitalar, bisturi
224	Piso
225	Telhado
226	Vidro
227	Utensílio de cozinha
228	Vestuário / calçado
229	Objeto colocado no caminho
230	Rampa
231	Elevador

232	Embalagem/recipiente
233	Andaime
234	Bancada
235	Moto
236	Combustível
237	Iluminação
240	Animal
241	Móveis de escritório
242	Planta/vegetal
243	Inseto

299 – Outros agentes não especificados

200 - Campo ilegível ou em branco

3 FORMA DE CONTATO

310	Impacto da pessoa contra / batida contra (eu bato no objeto)
311	Impacto sofrido por pessoa / batida por (objeto bate em mim)
312	Queda de objeto
313	Queda de pessoa em mesmo nível
314	Queda de pessoa com diferença de nível
315	Pisada em
316	Contato, respingo na mucosa do olho
317	Agressão física
318	Ingestão
319	Inalação
320	Prensagem entre
321	Esforço excessivo/mau jeito
322	Contato da pele com
323	Ação de ser vivo
324	Exposição a
325	Mordedura
326	Picada
327	Exposição a
328	Contato com

399 – Outros tipos não especificados

300 – Campo ilegível ou em branco

4 PARTE DO CORPO ATINGIDA

<p>Cabeça e Pescoço:</p> <p>410 – Crânio 411 – Face 412 – Olho 413 – Nariz 414 – Orelha 415 – Ouvido 416 – Boca, dentes, língua 417 – Pescoço 4171- Garganta 418 – Múltiplas localizações na cabeça e pescoço 419 – Outras partes da cabeça e pescoço</p> <hr/> <p>Tronco:</p> <p>420 – Peito 421 – Costas 422 – Abdome 423 – Vísceras torácicas 424 – Vísceras abdominais 425 - Seio 428 – Múltiplas localizações no tronco 429 – Outras partes do tronco</p> <hr/> <p>Bacia ou Pelve:</p> <p>430 – Quadril 431 – Região púbica ou pubiana 432 – Órgãos genitais 438 – Múltiplas localizações na bacia 439 – Outras partes da bacia</p> <hr/> <p>Membro Superior:</p> <p>440 – Ombro 441 – Braço 442 – Cotovelo 443 – Antebraço</p>	<p>444 – Punho 445 – Mão 446 – Dedo da mão 447- Tendão 448 – Múltiplas localizações no membro superior 449 – Outras partes do membro superior</p> <hr/> <p>Membro Inferior:</p> <p>450 – Região glútea 451 – Coxa 452 – Joelho 453 – Perna 454 – Tornozelo 455 – Pé 456 – Dedo do pé 458 – Múltiplas localizações no membro inferior 459 – Outras partes do membro inferior</p> <hr/> <p>Coluna Vertebral:</p> <p>460 – Vértebra cervical 461 - Vértebra torácica ou dorsal 462 - Vértebra lombar 463 – Vértebra sacra 464 – Vértebra coccígea 468 – Múltiplas localizações na coluna vertebral 469 – Outras partes da coluna vertebral</p> <hr/> <p>Outras:</p> <p>466 – Pele e anexos 467 – Sistemas e aparelhos</p>
<p>498 – Múltiplas partes do corpo lesionadas 499 – Outras partes do corpo não especificadas 400 – Campo ilegível ou em branco</p>	

5 FONTE CAUSADORA DA LESÃO

510	Parte da máquina/equipamento
511	Parte afiada da ferramenta
512	Piso
513	Degrau de escada
514	Depressão, buraco
515	Painel do veículo
516	Partícula
517	Parte pontiaguda ou afiada do objeto
518	Obstáculo rígido
519	Parte externa de veículo
520	Telhado
521	Sangue humano
522	Punhos
523	Pés
524	Motores
525	Dentes / boca
526	Hélice de ventilador
527	Veneno
528	Ferrão
530	Vestuário / calçado
531	Poeira não-silicosa
532	Poeira silicosa
533	Objeto em movimento
534	Aerodispersóide
535	Chama/fogo
536	Fumaça/fumos
537	Energia
538	Gás
539	Utensílio de cozinha
540	Pressão
541	Vapor d'água
542	Vibração
543	Prego
544	Embalagem/ recipiente
559	Canto vivo, saliente de móvel de escritório
560	Produto químico
561	Agente biológico
562	Ruído
563	Temperatura

564	Umidade
565	Radiação não ionizante
566	Radiação ionizante
567	Eletricidade
568	Inflamáveis
569	Explosivos

599 - outros objetos/fontes não especificados

500 - campo ilegível ou em branco

6 NATUREZA DA LESÃO

610	Amputação, perda de órgão
611	Contusão/hematoma
612	Corpo estranho
613	Distensão
614	Entorse / torção
615	Escoriação (tira a pele)
616	Esmagamento
617	Ferimento
618	Perfuração
619	Fratura
620	Hemorragia
621	Hérnia de esforço
622	Lesão/contaminação/intoxicação por agente biológico de origem humana
623	Lesão por agente ergonômico
624	Lesão por agente físico
625	Lesão ou intoxicação por agente químico/produto
626	Luxação
627	Queimadura
628	Traumatismo/trauma
629	Lesão/contaminação/intoxicação por agente biológico fungos/bactérias
630	Choque elétrico
631	Geladura
632	Corrosão
635	Ruptura
648	Óbito
649	Incapacidade total ou permanente
697	Politraumatismo

699 – outras naturezas não especificados

600 – campo ilegível ou em branco

APÊNDICE A – Autorização para Utilização dos Dados

Ofício S/N

Florianópolis, 5 de fevereiro de 2013

Senhor Diretor,

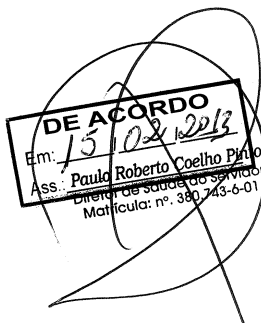
Sou servidora efetiva da Secretaria de Estado da Administração (SEA), lotada atualmente na Gerência de Controle de Benefícios (GECOB) e estou realizando pesquisa, em nível de Dissertação, para o Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

A área de concentração do Mestrado é Ergonomia, sendo a linha de pesquisa Segurança e Saúde no Trabalho, e o tema se refere a causas de acidentes em serviço no funcionalismo público estadual. Dessa forma, venho por meio deste, solicitar dados sobre as Comunicações Estaduais de Acidentes em Serviço (CEATs), a fim de dar seqüência à pesquisa e contribuir com geração de conhecimento para possíveis futuras ações de prevenção no setor público.

Simone da Silva
Téc. de Segurança do Trabalho
CREA 069461-8

Simone da Silva
Analista Técnico em Gestão Público
Matrícula 376509-1-01

Ao Senhor
PAULO ROBERTO COELHO PINTO
Diretor de Saúde do Servidor
Secretaria de Estado da Administração
Florianópolis - SC



APÊNDICE B – Trabalhos recentes que nortearam a pesquisa

Ano	Autores	Título	Conteúdo	Periódico
2014	VELASCO A. R et al.	Ocorrência de acidentes de trabalho em saúde com exposição a material biológico	Analisa as condições de ocorrência e condutas adotadas após os acidentes de trabalho envolvendo materiais biológicos.	Revista Enfermagem Profissional
2013	ARAUJO, A. S. S.; CANPELO, L. L.; ALVES, V. G. S.	O comportamento dos profissionais de enfermagem em relação ao autocuidado	Identifica a influência do ambiente de trabalho, a investigação dos riscos ocupacionais e os mecanismos de autocuidado utilizados pelos enfermeiros.	Revista Interdisciplinar
2013	COSTA, E. C. L.	Equipamentos de proteção individual: percepção da equipe de enfermagem quanto ao uso	Investiga a percepção dos profissionais de enfermagem quanto ao uso do equipamento de proteção individual, identifica o nível de conhecimento da equipe de enfermagem sobre a importância da utilização dos equipamentos e identifica os fatores que interferem no uso, desuso ou uso inadequado dos equipamentos.	Revista de Enfermagem da UFPI

2013	SÓUSA, R. L. et al.	Descarte adequado de perfurocortantes num hospital de Macapá – Brasil: um importante fator de prevenção de acidentes	Análise o descarte de material perfurocortante em alguns setores do Hospital das Clínicas Dr. Alberto Lima, Macapá-AP, Brasil.	Revista Ciência Equatorial
2013	CALVANCANTE, C. A. A. et al.	Acidentes com material biológico em trabalhadores	Descreve os acidentes com materiais biológicos ocorridos entre trabalhadores do Rio Grande do Norte entre 2007 e 2009.	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste
2013	LUZ, E. M. F. et al.	Caracterização dos acidentes de trabalho ocorridos com trabalhadores de um hospital universitário	Caracteriza os acidentes de trabalho ocorridos com trabalhadores de um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul.	Revista de Enfermagem da UFSM
2013	SANTOS, M. S.; ALELUIA, I. R. S.	Caracterização dos acidentes de trabalho durante a atenção à saúde na região nordeste	Caracteriza a evolução quantitativa dos acidentes de trabalho em atividades de atenção à saúde humana na região Nordeste.	Revista Ciência e Saúde
2013	SANTANA, L. L. et al.	Cargas e desgastes de trabalho vivenciados entre trabalhadores de saúde em um hospital de ensino	Caracteriza as cargas e os desgastes vivenciados em um hospital universitário.	Revista Gaúcha de Enfermagem

2013	SOARES, L. G. et al.	Percepção do risco biológico em trabalhadores de enfermagem	Identifica a percepção dos trabalhadores sobre risco biológico em sua prática profissional	Revista Cogitare Enfermagem
2013	MARZIALE, M. H. P.	Influência organizacional na ocorrência de acidentes de trabalho com exposição a material biológico	Análise os acidentes de trabalho com exposição a materiais biológicos, ocorridos entre trabalhadores de enfermagem e avalia a influência da cultura organizacional sobre a ocorrência desses acidentes.	Revista Latinoamericana de Enfermagem
2013	OLIVEIRA, A. C.; PAIVA, M. H. R. S.	Análise dos acidentes ocupacionais com material biológico entre profissionais em serviços de atendimento pré-hospitalar	Estima a prevalência dos acidentes por exposição a material biológico, suas características e condutas pós-acidente entre os profissionais do atendimento pré-hospitalar de quatro municípios de Minas Gerais, Brasil.	Revista Latinoamericana de Enfermagem
2013	SANTOS, S. S.; COSTA, N. A.; MASCARENHAS, M. D. M.	Caracterização das exposições ocupacionais a material biológico entre trabalhadores de hospitais no Município de Teresina, Estado do Piauí, Brasil, 2007 a 2011	Descreve as exposições ocupacionais a material biológico em hospitais do município de Teresina, estado do Piauí, Brasil, no período de 2007 a 2011.	Revista Epidemiologia e Serviços de Saúde

2013	GUSMÃO, G. S.; OLIVEIRA, A. C.; GAMA, C. S.	Acidente de trabalho com material biológico: análise da ocorrência e do registro	Determina a prevalência dos acidentes ocupacionais envolvendo material biológico entre a equipe de enfermagem, compara os resultados com os registros do Sistema de Informação de Agravos de Notificação e da Comunicação de Acidentes de Trabalho e identifica suas características.	Revista Cogitare Enfermagem
2012	LIMA, C. V.; PINTO, D. R.; RAMOS, M. A.	Acidentes com materiais perfurocortantes e o profissional de enfermagem	Identifica a ocorrência de acidentes com materiais perfurocortantes entre os profissionais de enfermagem e como a equipe de enfermagem pode atuar na prevenção desses acidentes.	Revista da Universidade do Vale do Rio Verde
2012	LAPA, A. T.; SILVA, J. M.; SPINDOLA, T.	A ocorrência de acidentes por material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem intensivista	Identifica a ocorrência de acidente por material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem intensivista.	Revista de Enfermagem da UERJ

2012	SOUZA, R. T. et al.	Avaliação de acidentes de trabalho com materiais biológicos em médicos residentes, acadêmicos e estagiários de um hospital-escola de Porto Alegre	Caracteriza os acidentes de trabalho ocorridos com médicos residentes, acadêmicos e estagiários de um hospital-escola de Porto Alegre.	Revista Brasileira de Educação Médica
2012	SERAFIM, V.; LENTEZ, R. A.	Avaliação dos casos de acidente de trabalho com perfurocortantes na Secretaria de Saúde no município de Içara	Avalia acidentes de trabalho com perfurocortantes na Secretaria Municipal de Saúde de Içara, no período entre 2007 e 2011.	Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde
2011	VIEIRA, M.; PADILHA, M. I.; PINHEIRO, R. C.	Análise dos acidentes com material biológico em trabalhadores da saúde	Identifica os acidentes de trabalho com exposição a material biológico e o perfil dos trabalhadores, a partir das fichas de notificação do Centro de Referência Regional em Saúde do Trabalhador da Macrorregião de Florianópolis.	Revista Latinoamericana de Enfermagem
2011	SILVA, A. I. D. et al.	Acidentes com material biológico relacionados ao trabalho: análise de uma abordagem institucional	Analisa o perfil de relatórios, registros, fluxos de tratamento e encaminhamentos devidos a acidentes causados por material perfurocortante em trabalhadores de saúde em uma instituição de saúde pública.	Revista Brasileira de Saúde Ocupacional

2011	RODRIGUES, H. P. et al.	Sistema computacional para análise de notificação de acidentes de trabalho por meio de recursos georeferenciados	Identifica no mapa a distribuição dos acidentes do trabalho, bem como as relações existentes entre as características comuns destes acidentes ao analisar as regiões selecionadas.	Revista Ciência em Extensão
2010	SIMÃO, S. A. F. et al.	Acidentes de trabalho com material perfurocortante envolvendo profissionais de enfermagem de unidade de emergência hospitalar	Identifica e analisa a ocorrência de acidentes de trabalho com material perfurocortante entre a equipe de enfermagem.	Revista de Enfermagem da UERJ
2010	SILVA, T. R. et al.	Acidente com material perfurocortante entre profissionais de enfermagem de um hospital universitário	Analisa os acidentes perfurocortantes no período de 2002 a 2006, envolvendo a equipe de enfermagem de um hospital universitário.	Revista Gaúcha de Enfermagem
2010	IZIDORO, J. S.; IWAMOTO, H. H.; CAMARGO, F. C.	Delineamento dos acidentes de trabalho em instituições de saúde de uma microrregião de Minas Gerais	Delineia a ocorrência de acidentes de trabalho de uma microrregião de Minas Gerais.	Revista Cogitare Enfermagem

2010	SIMÃO, F. A. F. et al.	Fatores associados aos acidentes biológicos entre profissionais de enfermagem	Investiga fatores relacionados à ocorrência de acidentes com material biológico entre 101 profissionais de enfermagem de uma unidade de emergência.	Revista Cogitare Enfermagem
2010	OLIVEIRA, A. C.; GOLÇALVES, J. A.	Acidente ocupacional por material perfurocortante entre profissionais de saúde de um centro cirúrgico.	Identifica a incidência dos acidentes, dos materiais envolvidos, dos fatores contribuintes e das condutas tomadas pós-acidente.	Revista da Escola de Enfermagem da USP
2009	SOERENSEN, A. A. et al.	Acidente com material biológico em profissionais do atendimento pré-hospitalar móvel	Verifica a frequência de exposição accidental a material biológico potencialmente contaminado e as situações favorecedoras a exposição accidental em profissionais da equipe do atendimento pré-hospitalar móvel de uma empresa privada no interior paulista.	Revista de Enfermagem da UERJ
2009	SILVA, J. A. et al.	Investigação de acidentes biológicos entre profissionais de saúde	Identifica a principal categoria profissional exposta a risco biológico e os principais tipos de acidentes ocorridos entre trabalhadores da área de saúde, em Campos dos Goytacazes, RJ.	Escola Anna Nery Revista de Enfermagem

2009	CARDOSO, S. M. O. et al.	Acidentes perfurocortantes: prevalência e medidas profiláticas em alunos de odontologia	Identifica a prevalência de acidentes perfurocortantes e as medidas profiláticas pós-acidentes em duas Faculdades de Odontologia de Recife, Pernambuco, Brasil.	Revista Brasileira de Saúde Ocupacional
2008	MIRANZI, S. S. C.	Acidentes de trabalho entre os trabalhadores de uma universidade pública.	Descreve os acidentes de trabalho ocorridos entre os trabalhadores do regime jurídico único e celetista.	Revista Brasileira de Saúde Ocupacional
2007	DIAS, F. L. A.; PINHEIRO, P. N. C.; BARROSO, M. G. T.	Perfil dos profissionais de enfermagem que se acidentam com materiais perfurocortantes no seu ambiente de trabalho	Identifica o perfil dos profissionais que se acidentam com materiais perfurocortantes.	Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste
2007	MARCHI, D. et al.	A importância da sistematização de registros na saúde do trabalhador	Mostra a importância de uma correta sistematização dos registros na saúde do trabalhador.	Revista Contexto Saúde
2006	ALMEIDA, I. M.	Abordagem sistêmica de acidentes e sistemas de gestão de saúde e segurança do trabalho	Difunde conceitos de abordagens sistêmicas de acidentes do trabalho e estimula reflexões sobre sua utilização em sistemas de gestão de saúde e segurança do trabalho.	Revista de Gestão Integrada em Saúde do Trabalho e Meio Ambiente